

Alicia Moreno
—Editora—

Manual de Terapia Sistémica

Principios y herramientas de intervención

biblioteca de psicología

DESCLÉE DE BROUWER



Alicia Moreno

–Editora–

Manual de Terapia Sistémica

Principios y herramientas de intervención



biblioteca de psicología

DESCLÉE DE BROUWER

ALICIA MORENO FERNÁNDEZ (Ed.)

MANUAL DE TERAPIA SISTÉMICA

Principios y herramientas de intervención

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

 EditorialDesclee
 @EdDesclee

ISBN: 978-84-330-3778-7

Prólogo

Carlos E. Sluzki

El rótulo "terapia sistémica", que incluye retrospectivamente áreas que fueron y tal vez siguen siendo llamadas "terapia familiar", "terapia de pareja", "enfoques psicoeducativos", "terapias breves" y probablemente otros nombres más, denota un territorio multifacético con una historia de corta data –no más de 60 años– y una evolución extraordinaria. La difícil tarea de trazar un mapa de ese territorio, que ha llevado a cabo con éxito Alicia Moreno Fernández en este Manual, para el que ha convocado a un vasto y sólido grupo de colaboradores, ha requerido explorar múltiples puntos de vista, énfasis y modelos, dar cuenta de múltiples desarrollos, reverenciar algunos de quienes contribuyeron a darle substancia, y esbozar derroteros que se vislumbran para el futuro.

Ya que no ocurrió hace tanto tiempo (cosa que reduce un tanto las distorsiones históricas), cabe preguntarse, ¿cuáles fueron las semillas que germinaron en lo que acabó siendo el vasto campo de la terapia sistémica? Antes de que esa actividad fuera rotulada como tal, y aun como "terapia familiar", había, de hecho, en varias partes del mundo, un buen número de operadores en el campo de la salud mental –psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales– que convocaban cada tanto a las familias de los pacientes que trataban, o que hacían sesiones conjuntas con parejas en conflicto. Con todo, esa actividad, considerada casi subversiva, o al menos secundaria a la actividad terapéutica individual, era rotulada como "entrevistas familiares" o bien como "apoyo a la familia".

La cosa cambió en los años 50, cuando las fronteras de las ciencias del comportamiento entraron en ebullición y se permeabilizaron, iluminadas por el nacimiento de la cibernética y de la teoría general de los sistemas, la teoría de la información, la teoría de la comunicación y, desde Europa, la semiología y los modelos estructurales. Estimulados por ese entorno conceptual y por un optimismo creativo de la postguerra, preñado de un espíritu de exploración y de cambio, en los Estados Unidos se fundaron dos centros en los que el foco de atención clínico se desplazaba del individuo a la familia, y, aún más,

rotulaban a lo que ofrecían como “terapia familiar.” A través de la magia del nombrar, la terapia familiar vio así la luz.

Uno de los dos bastiones de origen del campo fue *The Family Institute*, fundado y dirigido en Nueva York por el psicoanalista iconoclasta Nathan Ackerman, quien, utilizando originariamente una óptica psicodinámica combinada con múltiples intervenciones de acción, se rodeó de un grupo de discípulos quienes a su vez adquirieron renombre con los años, incluyendo Donald Bloch, Peggy Papp, Peggy Penn y Olga Silverstein, entre otros.

El otro lugar fue el *Mental Research Institute*, fundado en Palo Alto, California por el psiquiatra sulivaniano Don D. Jackson, al que se unieron otros investigadores del equipo original del antropólogo Gregory Bateson, a saber, Jay Haley y John Weakland, así como Virginia Satir y al poco tiempo Paul Watzlawick, Janet Beavin, Antonio Ferreira y otros, utilizando óptica y lenguaje derivado de la cibernética y la teoría de la comunicación, y contribuyendo de manera substancial al desarrollo de terapias estratégicas y breves y una multitud de investigaciones clínicas novedosas.

Casi al mismo tiempo en que se gestaban esas instituciones, esta nueva perspectiva apareció reflejada también en el campo de la investigación clínica, con proyectos centrados en la familia de sujetos con trastornos psiquiátricos severos llevados a cabo en el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (*NIMH*) por Lyman C. Wynne y Margaret Singer y por Murray Bowen, y en otros centros académicos y clínicos por Salvador Minuchin, Carl Whittaker, Theodor Lidz y Sephen Fleck, y luego Nathan Epstein e Israel Zweling, en sus comienzos con poca conexión entre sí salvo el foco en común, la familia. La productividad de los dos centros mencionados más arriba fue revolucionaria, y el diálogo que se estableció entre ambos, y luego entre éstos y los diferentes investigadores sobre familia *creó el campo de la terapia familiar*, con una verdadera eclosión de diálogos entre clínicos e investigadores y entre representantes de modelos, cristalizado con la producción conjunta en 1962 de la primera revista especializada en el tema, Family Process.

Una visita al primer volumen de esa revista permite documentar la raíz interdisciplinaria de la terapia familiar, con contribuciones de psiquiatras

(entre los cuales están Nathan Ackerman, Ivan Boszormenyi-Nagy, Wiliam Fry, Ross Speck… y Milton Erickson), psicólogos (incluyendo a Paul Watzlawick, James Framo y Robert McGregor), antropólogos (Ray Birdwhistell), sociólogos (Norman Bell, Ruben Hill) y, por cierto, iconoclastas sin credenciales académicas tales como Jay Haley –para entonces editor de la revista– y John H. Weakland. Y eso fue sólo el comienzo.

La unidad de análisis del campo fue *la familia y la pareja,* su dinámica, su estructura, sus procesos, sus peculiaridades, sus secretos, sus mitos, su historia. Los modelos derivados en diferentes centros clínicos usaban diversos apelativos agregados, tales como "interaccional", "psicodinámica", "estructural", y de hecho las premisas de las actividades terapéuticas eran distintas –si bien los procesos lo eran menos (es decir, los clínicos hacían cosas bastante parecidas, si bien subrayaban aquellos rasgos que consideraban idiosincráticos con distinto nombre, creando escuelas e identidades).

El campo de la terapia familiar creció inusitadamente con nuevas ideas y creciente popularidad –producto en parte de la insatisfacción de los resultados de terapias tradicionales así como de la rapidez con que se podían generar ciertos cambios con intervenciones familiares y, a otro nivel, por la apertura que ofrecía de nuevas formaciones y prácticas conceptualmente novedosas. Para entonces la práctica de la terapia familiar se había difundido a Europa (iniciada en Italia por Murizio Andolfi y en Alemania por Helm Stierlin), América Latina (con contribuciones tempranas de Alfredo Canevaro y mías) y Sudáfrica (con los aportes originarios de Judith Landau) y algunos otros puntos del globo, y estaban apareciendo revistas especializadas en muchas lenguas.

Si bien la producción de artículos profesionales incluía algunos específicamente centrados en técnicas terapéuticas –es decir, en lo que el terapeuta hacía o debía hacer– le cupo el honor de catalizar un nuevo salto epistemológico en el campo al equipo pionero de Mara Selvini Palazzoli y sus colegas Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes, a partir de un artículo revolucionario de 1980, centraron toda su atención en los *procesos del equipo terapéutico,* además de (y a veces en lugar de) los procesos de la familia. Ese énfasis se replicó en trabajos de muchos otros

autores, y se entrelazó con los comienzos de la incorporación del construccionismo social en nuestra disciplina.

Un tercer salto tuvo lugar cuando el campo de observación se expandió aún más, para incluir como objeto de estudio al *conjunto familia-equipo terapéutico* como sistema interactivo –véanse, por ejemplo, las contribuciones de Tom Andersen acerca del equipo reflexivo– así como la *red social personal*, incluyendo a la familia y otras relaciones significativas del entorno social, con aportes de Mony Elkaim, Evan Imber-Black y míos, entre otros.

Y un cuarto salto tuvo lugar cuando, también apoyado en los desarrollos del construccionismo social, se transfirió el acento conceptual y clínico a los *procesos narrativos* que sostienen a las identidades, las historias, y los conflictos (así como las soluciones) de quienes consultan.

Toda esa masa de modelos y prácticas, esa multiplicidad de énfasis, de estilos de conducción de la sesión, de observables a tener en cuenta, y de lenguajes específicos, acabó cobijada bajo el rótulo de Terapias Sistémicas. "Sistémicas" se ha transformado, creo, razonablemente, en señal de una suerte de meta-epistemología, un conjunto de presuposiciones o lentes que permiten la lectura no excluyente de una variedad de énfasis y dimensiones clínicas en nuestro campo. De hecho, en muchos casos el rótulo "Familiar" está siendo reemplazado por "Sistémica" para indicar esta vocación post-moderna inclusiva. Pero no se confunda el lector, en la práctica los dos vocablos operan como sinónimos, y ambos son abarcativos.

Alicia Moreno Fernández ha emprendido con entusiasmo la empresa titánica de ofrecer un panorama acabado de una disciplina aún en evolución y esencialmente multifacética como lo es la terapia familiar. Le ha requerido –y ha requerido de sus colaboradores– la tarea juiciosa de condensar a la vez que establecer conexiones, diferenciar a la vez que señalar similitudes, franquear barreras a veces artificiales sin violar soberanías, evitar ofrecernos un diccionario sin esqueleto más que el alfabético o el cronológico pero cuidando de no dejar fuera áreas conceptuales relevantes, y en tanto compiladora, ha logrado un resultado armónico a partir de la colaboración de tantos colegas que, como no podría ser de otra manera, tienen estilos y preferencias diferentes.

Un cuento famoso de Jorge Luis Borges, *Funes el memorioso*, nos presenta un personaje central con una memoria absoluta, con el único problema de que rememorar un evento le requiere el mismo tiempo que el que ocupó el evento que está rememorando. Alicia y sus colaboradores han logrado evitar esa trampa: cada capítulo tiende a ser una síntesis conceptual que no requiere una retahíla interminable que incluye a todos aquellos que han contribuido a ese tema, lo que lo diferencia de un mamotreto académico donde cada otro párrafo es una referencia y una reverencia, sino una revisión saludable de ideas. A su vez, el lector debe evitar caer en la trampa –en la que caigo yo a veces– de esperar que cada capítulo sea, y me inspiro aquí en otro cuento corto de Borges, un Aleph, "esfera cósmica en la que confluyen simultáneamente todos los tiempos y todos los espacios". Cada capítulo es una rica pasada por el tema (y una segunda lectura del capítulo deja nuevos sedimentos), y a la vez cada capítulo, cada componente del campo de la terapia familiar, está en evolución (y la evolución opera no sólo en espirales hacia el futuro, sino con frecuencia con espirales que circulan entre pasado, presente y futuro, revisitando, iluminando y rescatando el pasado para después re-proyectarlo enriquecido hacia el futuro).

Y hablando acerca del futuro, la espiral de este manual casi enciclopédico se acompaña ya con el anuncio de la continuación de este proyecto a través de un segundo libro –igualmente guiado por la mano y la mente diestra de Alicia Moreno Fernández. Gozando de la lectura de este volumen, nos quedaremos, así, a la dulce espera del siguiente… como en todo buen proceso evolutivo.

Carlos E. Sluzki,
Washington, D.C. 2014

Introducción

Alicia Moreno Fernández

Acerca de este proyecto

La idea de editar este manual surge a partir de mi experiencia en la formación de terapeutas y del deseo de crear un libro de referencia útil y práctico para quienes se especializan en terapia sistémica y para los profesionales que ya conocen o aplican este enfoque. Dar clase es para mí una oportunidad de compartir experiencias y conocimientos, y un impulso para seguir aprendiendo. Esos valores, aprender, enseñar y compartir, son los mismos que han guiado este libro, desarrollado con el propósito de ofrecer un mapa amplio de la teoría y la práctica del enfoque sistémico. Ese es mi sueño: que algunas personas aprendan, disfruten, encuentren apoyo o inspiración en este libro, de la misma forma que tantos otros autores y libros han sido acompañantes y guías en mi trabajo a lo largo de los años. Quiero facilitar a través de este libro la conexión entre los autores, los lectores, y las ideas y prácticas que se exponen en él. Cada persona que lea los diferentes capítulos les dará un sentido y aplicación particular, se conectará con los otros muchos terapeutas cuyo trabajo se describe aquí, y contribuirá en cierto modo a crear una comunidad con otros profesionales que comparten esta orientación. Al llegar ahora el momento de la publicación, la historia del libro ya no la construiremos quienes hemos participado en él, sino los posibles lectores, y me pregunto cuántos y quiénes serán, cuándo y dónde lo leerán, cómo llegará a sus manos, qué les aportará...

En este manual he querido reunir las ideas y estrategias de intervención más importantes del enfoque sistémico, que desde su aparición hace varias décadas supuso un cambio radical de la visión del proceso terapéutico y los mecanismos del cambio. Lo que siempre me ha atraído de este enfoque es que no trata de “reparar” las disfunciones o patologías en el individuo, sino de entender cómo determinados problemas, que pueden manifestarse como síntomas en una persona o como dificultades en las relaciones, se generan o mantienen dentro de determinados contextos relacionales y visiones del mundo compartidos por la familia y por el entorno cultural y social. La metáfora del “sistema” señala así que la mirada del terapeuta está puesta en algo que va más

allá del individuo: en su sistema relacional significativo (fundamentalmente, la pareja o familia), incluyendo también a los profesionales y diferentes contextos institucionales que intervienen en torno al problema, y a los discursos sociales prevalentes.

La intervención con parejas y familias ha sido y sigue siendo una de las señas de identidad de este enfoque, denominado con frecuencia “terapia familiar sistémica”. Los primeros modelos de terapia sistémica marcaron claramente la importancia de este encuadre terapéutico y de la figura del terapeuta como líder del cambio, interviniendo sobre las interacciones disfuncionales. Progresivamente, el concepto de familia o sistema se ha ido ampliando para llegar a incluir a todas las personas importantes que constituyen un recurso o apoyo al cambio, ya sean familia nuclear o extensa, amigos, miembros de la red social o de una organización, y comunidades presenciales o virtuales que sirven como testigos o apoyo en torno a determinados problemas. Asimismo se han desarrollado estrategias y prácticas que aplican esa visión contextual no sólo a parejas y familias, sino también a individuos, grupos y organizaciones, y el rol del terapeuta se ha ido transformando, alejándose progresivamente del rol de experto. En mi propia evolución profesional, me siento más identificada con estos desarrollos más recientes del enfoque sistémico que incluyen pero no se limitan a la intervención con parejas o familias (de ahí que haya escogido para el manual el título más global de “terapia sistémica”), que se centran en el desarrollo de las potencialidades más que en el abordaje de las disfunciones y que promueven el cambio y la transformación a través de una relación más igualitaria.

Son tantas las aportaciones interesantes y útiles del enfoque sistémico que he querido agrupar, que este manual ha acabado siendo bastante más voluminoso de lo previsto. Y no sólo eso: el proyecto continúa con otro libro, complementario a éste, que recogerá las aplicaciones del enfoque sistémico en diferentes problemáticas y contextos. Celebro con satisfacción el final de esta primera etapa... y avanzo con ilusión con el segundo libro, ya en marcha.

Agradecimientos

Este manual es fruto de un trabajo de colaboración que ha reunido a

profesores del Máster en Terapia Familiar y de Pareja y de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas (Blanca Armijo, Isabel Espinar, Isabel Fernández, Vanessa Gómez, Ana Lebrero, Marisa López, Pilar Martínez, Cristina Polo, Teresa Suárez), y directores y docentes de otros programas de formación nacionales (Norberto Barbagelata y Alfonsa Rodríguez, Mark Beyebach, Alberto Espina, Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega) e internacionales (Ruth Casabianca en Santa Fe, Argentina, y Leonard Greenberg y Lyn Styczynski en Boston, EE.UU.). Cada uno escribe acerca de un área de su especialidad, y eso aporta riqueza y diversidad a este manual. Ha sido un reto para todos encontrar el tiempo para escribir cada capítulo, haciendo hueco en agendas muy ocupadas con la docencia en distintos programas, la gestión de proyectos, y el trabajo clínico. Ninguno de nosotros llegamos a prever cuánto trabajo iba a ser necesario para sacar adelante este manual, cuántas veces hubo que escribir, corregir y revisar cada texto hasta que todo acabase formando un conjunto coherente y estructurado. Quiero dar las gracias a todos por su implicación, sus aportaciones y su compromiso.

Agradezco a Ángela Raffo, Altea de Eusebio, Ruth Casabianca y Vanesa López su valiosa colaboración en la revisión del formato o el contenido de varios capítulos, y a Margarita Acosta su excelente traducción del capítulo sobre terapia estratégica. Y agradezco muy especialmente la generosidad de Carlos Sluzki al apoyar este proyecto con su prólogo. Él es uno de los principales protagonistas y maestros de la terapia familiar sistémica. Varias generaciones de terapeutas en todo el mundo, incluidos muchos de los autores de este manual, hemos aprendido con él, admirando su rigor intelectual, su destreza como terapeuta y su compromiso social.

Gracias también a quienes a lo largo del tiempo han sido mis alumnos o han realizado su proceso de terapia conmigo; en este libro he intentado reflejar lo que he aprendido junto a ellos. En un plano más personal, mis amigos más cercanos me han acompañado con su cariño y comprensión, especialmente Carlos, Nydza y Mercedes, mis “hermanos” y compañeros de vida desde hace tanto tiempo y Marian, siempre solidaria y cercana. Agradezco también a mis padres, Olegario y Charo, su disponibilidad y apoyo en éste y otros trayectos

importantes de mi vida, y su gran corazón, generosidad y respeto. Mi hermana, Bety, es sobre todo amiga, compañera y cómplice. Siempre hemos compartido la pasión por aprender y por los libros... y ahora también, junto con Javier, mi cuñado, la pasión por mis preciosos sobrinos, Jaime y Alicia. Gracias a todos ellos por su presencia amorosa y su apoyo incondicional.

Esquema del libro

El **prólogo** de Carlos Sluzki sitúa al lector en el contexto histórico de la terapia familiar sistémica, dando cuenta de los grandes hitos en la evolución del conjunto de teorías y modelos de intervención que se agrupan bajo el rótulo de "sistémicos". El resto del libro se divide en tres bloques temáticos.

En la **primera sección** se presentan los conceptos y herramientas básicos del enfoque sistémico, a tener en cuenta en cualquier intervención basada en este enfoque. El *capítulo 1* describe los fundamentos teóricos del paradigma sistémico, indispensables para sustituir el pensamiento lineal tradicional por una visión de los problemas y las personas basada en la causalidad circular, la atención al contexto y las relaciones. A pesar de la complejidad y extensión del tema (que daría en sí mismo para un libro), el capítulo ofrece una síntesis de los conceptos básicos de la teoría general de sistemas, la primera y segunda cibernética, los axiomas de la comunicación, el constructivismo y construccionismo social, mostrando sus implicaciones para la práctica. El *capítulo 2* presenta el concepto de ciclo vital familiar, describiendo las tareas típicas que se llevan a cabo en cada fase evolutiva y teniendo en cuenta la variabilidad de configuraciones familiares y los factores socioculturales que impactan en ellas. Cualquiera que sea el encuadre de la terapia, individual, de pareja o familia, la perspectiva de las fases del ciclo vital familiar y los modelos de desarrollo y de crisis que se presentan en este capítulo sirven para guiar el trabajo terapéutico, encuadrando los problemas a abordar en terapia en esta visión panorámica y longitudinal de los sistemas familiares. La perspectiva de género planteada en el *capítulo 3* es indispensable en el trabajo terapéutico, y ofrece claves para revisar los posibles sesgos de género en nuestras formulaciones e intervenciones. Es poco frecuente abordar este tema en textos sobre terapia sistémica (o cualquier otro tipo de terapia), a excepción de los casos más extremos de violencia de género. Sin embargo, era

fundamental incluirlo en este manual. Una óptica verdaderamente sistémica implica hacer visibles en terapia los condicionamientos sociales y culturales sobre la masculinidad y feminidad que impactan en las personas que consultan, en los modelos e intervenciones terapéuticas, y en nosotros mismos como terapeutas hombres o (mayoritariamente) mujeres.

Los siguientes tres capítulos, 4, 5 y 6, de la primera sección, ofrecen herramientas de intervención que pueden aplicarse en cualquier modelo de terapia sistémica. El *capítulo 4* presenta los principales métodos e instrumentos de evaluación familiar que podemos utilizar para medir las dimensiones de las relaciones de pareja o familia sobre las que intervenimos, ya sea con una finalidad clínica o de investigación. Teniendo en cuenta que este manual está dirigido fundamentalmente a quienes se orientan a la práctica psicoterapéutica, este capítulo es una invitación a incluir en nuestro trabajo aquellos instrumentos que nos permitan ser más precisos en la evaluación y el diseño de intervenciones, y medir su efectividad. El *capítulo 5* ofrece un esquema exhaustivo y muy práctico sobre las fases iniciales de la intervención sistémica, que sirve de guía para realizar una evaluación y establecer cómo y con quién intervenir. Este esquema aborda el primer contacto con las personas que consultan o las que derivan el caso, la recogida de información para establecer hipótesis iniciales, y los criterios para delimitar los diferentes encuadres de intervención: individual, pareja, familia nuclear, extensa, o la inclusión de otros profesionales. El *capítulo 6* presenta las destrezas terapéuticas sistémicas que son comunes a los distintos modelos de intervención. El capítulo pretende servir como mapa de referencia en la adquisición de habilidades terapéuticas, más allá de las particularidades de los distintos modelos que se desarrollan en los siguientes capítulos. Se describen aquí las destrezas para el establecimiento del contexto terapéutico, destrezas para la conducción de la sesión y destrezas de intervención emocionales, cognitivas y conductuales.

La **segunda sección** del libro presenta los principales modelos de terapia familiar sistémica, que se exponen en los *capítulos 7 al 13*: terapia estructural, intergeneracional, escuela de Milán, estratégica, terapia breve del MRI, centrada en soluciones y narrativa. Estos modelos se han ido desarrollando a

partir de unas raíces teóricas comunes, aunque cada uno ha dado relevancia a ciertos conceptos y, sobre todo, ha desarrollado formas particulares de intervención. Todos los capítulos siguen un esquema similar: en primer lugar, sitúan los orígenes del modelo e introducen a sus principales representantes. A continuación describen los conceptos teóricos básicos a partir de los que se desarrolla el modelo. Se describe luego en cada caso cómo es el proceso terapéutico, la teoría del cambio y el rol del terapeuta. Y por último, se detallan las principales estrategias y técnicas terapéuticas, aportando a lo largo del capítulo viñetas clínicas o ejemplos más detallados que ilustren los conceptos planteados. Esta sección pretende ser una guía para la práctica, tanto para quienes integren conceptos o intervenciones de varios modelos como para quienes intervengan basándose mayoritariamente en uno de ellos. Se expone cada modelo con suficiente detalle como para conocer las características diferenciales de cada proceso terapéutico e incorporar sus principales herramientas de intervención.

La **tercera sección** incluye los capítulos centrados en la figura del terapeuta. El ejercicio de la terapia sistémica no sólo requiere una formación teórica y práctica, sino una labor de autoconocimiento y de reflexión sobre la persona del terapeuta, que potencie su capacidad de ayuda para que otros realicen a su vez su propio proceso de transformación. Esto se realiza fundamentalmente a través del trabajo vivencial del terapeuta y de la supervisión. El *capítulo 14* aborda el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta, presentando distintas metodologías de trabajo tales como el genograma, las esculturas, las constelaciones familiares, las técnicas corporales y con medios plásticos, etc. Finalmente el *capítulo 15* desarrolla el tema de la supervisión del terapeuta, describiendo distintos modelos, formatos y técnicas a emplear, así como aspectos a tener en cuenta en la relación entre terapeuta y supervisor/a.

Todos los capítulos incluyen una sección final de lecturas recomendadas, con una bibliografía seleccionada y comentada por los autores. Así, cada capítulo se presenta como una síntesis de un tema a la vez que una invitación a seguir aprendiendo de la mano de los autores originales. El orden de los capítulos sigue un camino de avance gradual en la teoría y la práctica sistémica, aunque cada lector puede ir trazando su propia ruta en función de su curiosidad o sus

intereses.

I

Conceptos y herramientas básicos del enfoque sistémico

Fundamentos teóricos del paradigma sistémico

Alfonsa Rodríguez Rodríguez

Norberto Barbagelata Churruarín

Índice de contenidos

1. Introducción

La exposición del marco conceptual de los fundamentos del modelo sistémico en un manual que sea útil a un potencial lector requiere de los autores una capacidad que confiamos dominar: eludir una mera exposición o una relación cronológica de los autores paradigmáticos; en definitiva, evitar el puro academicismo. El principal desafío es afrontar los enunciados de manera que den cuenta de la complejidad del modelo teórico, y que motiven al lector a acudir a las fuentes de las que se nutre este capítulo. De modo que los retos que enfrentamos tienen un propósito nuclear: que la exposición resulte sugestiva y tentadora, que contamine, como nos contagiamos nosotros, del virus de una realidad revolucionaria, revulsiva y cuestionadora de las ideas convencionales acerca de la etiología y manejo terapéutico de las dificultades emocionales, y por ende de los trastornos psíquicos.

Otro reto que encaramos, y que constituye nuestra preocupación hace años, es evitar que el nuevo o no tan nuevo paradigma (tiene algo más de 60 años) se "licúe" y se entienda como un conjunto de recetas que tienen como propósito incorporar a la familia en los protocolos de intervención. Así, no se trata tanto de proporcionar un agregado de técnicas y estrategias para modificar familias con dificultades, sino de cambiar la perspectiva, la visión, la epistemología del profesional. Porque acercarse y conocer un enfoque teórico-práctico implica asumir una postura reflexiva, adoptar unas lentes con las que mirar la realidad. Pues bien, como cualquier epistemología, la sistémica, determina un enfoque preciso, diferente, sobre las personas, los problemas y cómo se produce el cambio; mirada o foco que contribuye a la construcción de lo que ocurre en términos de identidad, de relación profesional y del proceso de intervención (Dickerson, 2010).

Mas ¿se puede hablar hoy de paradigma sistémico? En realidad es más adecuado hablar de movimiento sistémico, en el que se escuchan "voces" diversas, a veces dispares, como señala L. Hoffman (2001). Son cuestiones que confiamos se esclarezcan en parte a lo largo del capítulo, en el que daremos cuenta, en primer lugar de la historia y de los pilares básicos del paradigma; y en segundo lugar se expondrán los nuevos desarrollos conceptuales que están enriqueciendo la mirada sistémica, como son la perspectiva constructivista, el

construccionismo social, y en especial el enfoque narrativo.

2. Los orígenes del paradigma sistémico

Históricamente fueron cuatro los movimientos que estuvieron en el origen del enfoque sistémico. En primer lugar el pensamiento de los primeros trabajadores sociales en Norteamérica, para quienes la unidad adecuada de análisis era la familia, ya que no se podía comprender la situación de un individuo si no se entendía en su contexto social; de ahí la importancia de trabajar con las relaciones y no con los problemas individuales. Por otro lado, el segundo movimiento, para Rasheed, Rasheed y Marley (2010) fue el desarrollo de una línea del psicoanálisis más enfocada en lo social y relacional. En los orígenes del modelo, Freud desarrolló una teoría del funcionamiento psíquico basada en el complejo de Edipo, es decir en las relaciones que se dan en el triángulo padre, madre e hijo/a. Sin embargo, la intervención no se centraba en la realidad relacional, sino en la dinámica intrapsíquica y no se trabajaba con la familia del paciente en tratamiento. Fueron desarrollos posteriores del psicoanálisis, en figuras como Fromm (2003), Sullivan (1959) y Bowen, entre otros, los que plantearon que la naturaleza humana, en parte, es el resultado de un proceso social, y no sólo intrapsíquico. De manera que la mirada dicotómica en un principio no se dio, ya que la terapia familiar sistémica se nutrió de todo el saber psicoanalítico en sus inicios. Desde una perspectiva diferente, pero complementaria, no se puede dejar de citar a Bowlby (1989), con su importante aporte, la teoría del apego, que de manera sintética planteó la importancia del vínculo primario –del bebé y la figura cuidadora– y de las consecuencias de dicho vínculo en la epigénesis y el desarrollo psíquico del sujeto. El tercer movimiento fueron los primeros sexólogos, que cambiaron el foco de observación del individuo a las relaciones como causa y foco del tratamiento de las perturbaciones sexuales. Por último, el cuarto movimiento estuvo constituido por el *counseling* matrimonial, según el cual el aprendizaje de pautas educativas ayudaba en la prevención de factores de riesgo familiares. Aquí el énfasis estaba también en las relaciones de pareja y familia, y en la convicción de que con consejo y estrategias sobre las pautas de funcionamiento se contribuía al adecuado funcionamiento del grupo familiar.

La fundación propiamente dicha del paradigma sistémico se puede situar entre los años 1952-1961. Surge de la evolución de una parte de la psiquiatría que observaba la importancia de la familia en la etiología de la esquizofrenia y de otras patologías graves. Se trata de un grupo de profesionales (véase Boszormenyi-Nagy (1976, 1983), Ackerman (1970, 1976a, 1976b) entre otros) que experimentan las insuficiencias del modelo psicodinámico individual y se sienten atraídos por un modelo que ampliaba sus posibilidades de intervención al incorporar la familia en la evaluación y el tratamiento. La segunda y principal fuente está en el encuentro con la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, y es Gregory Bateson en 1956 (Bateson et al., 1974) con su concepto de doble vínculo el verdadero artífice del paradigma. Descrito muy brevemente, el doble vínculo se da en una relación considerada de vital importancia, en la que la persona recibe de manera continuada dos mensajes mutuamente incompatibles, emitidos en distintos niveles de comunicación. Se ve atrapada en una situación ante la que no es posible responder adecuadamente ni escapar. Bateson lo ejemplifica con la secuencia interaccional entre una progenitora y su hijo esquizofrénico: Cuando el hijo se aproxima a abrazar a la madre, ésta se echa para atrás. El hijo baja los brazos y la madre le dice: “¿Es que ya no me quieres?”. Se puede observar la situación paradójica –contradictoria– de la madre que envía un mensaje no verbal –se echa hacia atrás– pero a la vez atribuye al hijo el acto de rechazo. Bateson y su equipo abren un campo de indagación extremadamente novedoso respecto a la etiología y manejo de las enfermedades mentales graves: el nivel interaccional, el estilo de comunicación como factor importante en la patología mental (Sluzki y Veron, 1971; Sluzki y Ransom, 1978). Es evidente que el número de variables que intervienen en la etiología de las patologías graves es alto (genética, bioquímica, factores sociales, etcétera), sin embargo, el hallazgo de Bateson fue el cambio de mirada: de la dinámica intrapsíquica al nivel interaccional.

Globalmente el paradigma sistémico se opone al encierro disciplinario; como sostiene Morin (1994) le da una vitalidad que se mantiene hasta hoy día. Es precisamente la integración multidisciplinaria lo que caracteriza el pensamiento sistémico, acorde con el origen científico de figuras como von

Bertalanffy (1976), biólogo y principal promotor e institucionalizador de la Teoría General de Sistemas; Ashby, que proviene del campo de la medicina; el matemático Wiener (1958), fundador de la Cibernética; y el citado antropólogo Bateson (1976, 1980), entre otros. Las nociones sistémicas permiten, pues, articular áreas de conocimiento muy diferentes, proporcionando un lenguaje común e integrando conceptos provenientes de estas diversas disciplinas. Es una teoría de integración a través de la que se pueden observar los fenómenos biológicos, sociales, y psicológicos. Esto no invalida ni intenta sustituir los modelos de las diversas disciplinas, véase la biología, la psicología individual o la sociología. ¿Cuál es su principal aportación? Dirigir la mirada a la intersección entre las disciplinas, porque como es sabido la realidad no está dividida en pedazos (lo biológico, lo psicológico,…). Es más, la misma mirada holística se puede aplicar a los distintos ámbitos de la realidad, ya que cada uno es susceptible de ser abordado con la misma lente –la sistémica–. Un ejemplo simple ilustrará lo antedicho. Es evidente que no se puede comprender el funcionamiento hepático sin ver al hígado integrado –conectado– con los demás órganos; las propiedades de aquél "no le pertenecen" (metabolizar la bilirrubina, producir bilis, etc.) sino que están en relación al sistema más complejo: la sangre que le llega de la vena porta, el corazón que la impulsa, etc. Del mismo modo comprender, dar un sentido a la conducta, a la sintomatología, sin conocer la conexión con las variables contextuales que la determinan, en parte, es perder el objeto de estudio. Se trata en definitiva de un abordaje inclusivo que permite estudiar los sistemas emocionales más significativos para el ser humano, como la familia, la red social y el entorno socioeconómico. Esta perspectiva novedosa –la interaccional–, eje del paradigma sistémico, es asumible desde el punto de vista intelectual por cualquier profesional, pero suele ser bastante más difícil de trasladar a la práctica de la intervención terapéutica. De modo que se acepta la diferencia de comportamiento de un niño o una niña en contextos diferentes (en el colegio se trata de un ser afable y aplicado y en casa es un o una "déspota"), pero es más difícil concebir que ese comportamiento disímil es producto del contexto donde se desarrolla, y más aún, que ese es el foco del cambio. En definitiva, el foco, lo nuclear de la epistemología sistémica, es la

concepción según la cual la identidad se constituye sólo en relación.

3. Los sistemas y sus propiedades

Aun a riesgo de simplificar la realidad, se pueden contraponer tres principios explicativos de la conducta. Uno, que hace referencia al psicoanálisis, plantea que la conducta está básicamente determinada por motivaciones internas del sujeto; otro, como se señalaba anteriormente, el que propone la Teoría General de Sistemas, según el cual el comportamiento de un sujeto depende en gran parte de sus relaciones, es decir, del mundo externo; y, el tercero el conductual, que estudia el proceso interaccional que media en el aprendizaje de la conducta.

El foco del paradigma sistémico está en estudiar el circuito de retroalimentación constituido por los efectos que la conducta de un individuo tiene sobre el otro, las reacciones de éste y por último, el contexto donde tiene lugar (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1971). La Teoría General de Sistemas permite analizar este circuito de retroalimentación en un nivel de mayor complejidad. Según dicha teoría un sistema es un conjunto de elementos, de sus características y de las relaciones entre los mismos (Watzlawick, op. cit.). Por ejemplo, un coche está constituido por un conjunto de elementos como las ruedas, el motor, el chasis, entre otros. Dichos elementos tienen propiedades específicas que sólo aparecen en relación a la organización global del sistema. Así, la propiedad de la rueda de girar desaparece cuando desarmamos el coche y la rueda deja de estar unida al resto de elementos del sistema. La definición da cuenta del funcionamiento de los sistemas físicos, mas el paso de los sistemas físicos a los humanos supone una discontinuidad, aunque éstos pueden ser igualmente analizados bajo el prisma de la Teoría General de Sistemas (TGS). En este caso los seres humanos serían los elementos del sistema, mientras que las propiedades específicas son sus pautas interaccionales y la conexión está hecha mediante la comunicación. ¿Cuál es el salto o cambio fundamental que trae la TGS al análisis de los comportamientos, de la patología? Pasar de estudiar lo individual a estudiar las relaciones entre las partes de un sistema más amplio, puesto que los elementos aislados en sí mismos, decíamos, no tienen propiedades. Así, para entender la conducta periférica, pasiva, de un progenitor no sirve el estudio

aislado de sus características individuales (ya sea desde una perspectiva intrapsíquica o de "carencia de habilidades" –aprendizaje–); será necesario poner en relación dicha pasividad por ejemplo con el papel que ocupa en la díada parental, con su cónyuge esposa. Para Watzlawick (op. cit.) el colofón está en que un fenómeno no es explicable en tanto el marco de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que tiene lugar. Esto conecta con la elaboración de Bateson, que es más abstracta pero más esclarecedora: "si queremos explicar o comprender el aspecto mental de cualquier acontecimiento biológico, tenemos que tomar en cuenta el sistema, es decir, la red de circuitos cerrados, dentro de los cuales está determinado ese acontecimiento biológico. Pero cuando buscamos explicar la conducta del hombre o de cualquier organismo, este *sistema* por lo común no tendrá los mismos límites que el *sí mismo*, tal como se entiende en común este término". Prosigue Bateson: "La localización y límites del sí mismo de un ciego con bastón ¿dónde están?, ¿en la punta del bastón?". Las preguntas, dice, carecen de sentido "porque el bastón es la vía a través de la cual se trasmiten diferencias por medio de la transformación, de manera que trazar un límite cruzando esa vía es amputar una parte del circuito sistémico que determina la locomoción del ciego" (Bateson, 1976, p. 347-348).

¿Cómo aprehender la "relación"?, ¿qué es la "relación"? Watzlawick, Beavin y Jackson (1971) establecen una analogía explicativa entre el concepto de relación y el concepto matemático de variable, que en sí misma no tiene significado si no es puesta en relación con otra. Además, las propiedades de los individuos, es decir, las características que los definen, no dependen tanto de sus cualidades internas sino de las relaciones en las que dichos individuos participan. Una analogía prosaica la proporciona Colapinto (1996) cuando compara el mundo intrapsíquico y el relacional. El primero lo asemeja a una cebolla cortada por la mitad, en la que las catáfilas o capas superpuestas son las manifestaciones de su núcleo de identidad básica (estructura); dicho núcleo repetiría en los distintos contextos su modo de entender y accionar. En contraposición a esta analogía del mundo intrapsíquico, el autor asemeja el mundo relacional con una pizza con diferentes porciones, cada una tendrá "posibilidades de ponerse en juego" en contextos diferentes. Justamente, la

propiedad o cualidad, por ejemplo dependencia, aparecerá en un contexto "sobreprotector", mientras que presuponemos la existencia de la otra porción, autonomía, que aparecerá si el contexto lo demanda.

3.1. Totalidad

Las bases conceptuales del paradigma sistémico, como ya se ha señalado, surgen de la Teoría General de Sistemas en los años cincuenta del siglo pasado. La noción de sistema es simple: una totalidad que funciona por la interdependencia de sus partes y en relación a otros sistemas que lo rodean. La propiedad por excelencia de los sistemas alude a la *totalidad*, que, siguiendo a Watzlawick (Watzlawick et al, 1971), se puede definir negativamente y plantear que el todo (el sistema) es más que la suma de sus partes (*no-sumatividad*). De modo que no es posible llegar a saber jamás cómo funciona un sistema sumando sus partes a partir de la observación que se realice de cada elemento aislado. Es decir, no podemos conocer cómo funciona un sistema familiar entrevistando a sus miembros separadamente. Por otro lado, esta propiedad de la *totalidad* tiene consecuencias pragmáticas de primer orden: si el sistema es un todo interrelacionado y la cualidad de las partes depende de la organización, un cambio en cualquier parte del sistema llevará a una modificación del sistema en su totalidad y de las cualidades de los individuos que lo componen. Por ejemplo, el fracaso escolar de un niño –propiedad individual– se da en una dinámica relacional de una pauta de sobreinvolucración con la madre y una posición periférica del padre. Si desde el punto de vista terapéutico conseguimos cambiar la pauta relacional, por ejemplo, favoreciendo que el padre se encargue de las tareas escolares, el resultado podría ser mayor autonomía del niño y la *desinvolucración* de la madre, en síntesis, la resolución de la dificultad. La propiedad individual "fracaso escolar" es una propiedad de la organización del sistema: la *totalidad*.

Esta propiedad nos obliga a prestar atención a la globalidad, a no concebir las relaciones como unilaterales, por ejemplo, atribuyendo a la madre sobreprotectora la causa del fracaso escolar del hijo. Las secuencias de información-comunicación son recíprocamente inseparables (recordemos que la interacción es bidireccional), por lo tanto el resultado de las interacciones entre los tres elementos del sistema (niño, padre y madre), es lo que da cuenta

del funcionamiento de todo el sistema, y por ende, explica el síntoma.

3.2. Circularidad

La reducción del objeto de estudio implica aislar variables, mientras que el paradigma sistémico nos remite a la complejidad, es decir, a observar el máximo de variables en juego. Aquí la segunda propiedad de los sistemas –la *circularidad*– nos proporciona una excelente guía de análisis. Watzlawick se pregunta: "si las partes de un sistema no están relacionadas en forma unilateral o sumatoria ¿de qué manera están unidas?" (op. cit. p. 122). El razonamiento causal es intrínseco a la naturaleza humana; siempre se piensa en una secuencia lineal de causa y efecto que remite a una primera causa, que la confirma o modifica. Pero desde el punto de vista sistémico "...innumerables elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una manera compleja" (Stierlin, 1997, p. 64): circularidad y complejidad frente a causalidad lineal; esto es, el hecho que A cause B no es más que una parte del circuito que lleva de B a C y de C a A. En definitiva, el concepto de retroalimentación es el modelo más elemental de circularidad (opuesto conceptual a la linealidad). Si volvemos al ejemplo del niño con dificultades escolares de la descripción anterior, ¿podríamos determinar la causa última del fracaso escolar? Definitivamente no, porque la causalidad circular y compleja está en la pauta relacional entre los padres; entre el padre y el hijo; entre la madre y el hijo; entre el colegio y el niño; entre una abuela que, podemos hipotetizar, descalifica a la madre como cuidadora; etcétera.

3.3. Equifinalidad y equicausalidad

Por último, la tercera propiedad de los sistemas es la *equifinalidad*, según la cual los resultados, lo que aparece bajo nuestra observación, no está tanto determinado por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso, es decir, por la organización del sistema. La cuestión pasa de preguntarnos el *porqué* al *para qué*, en centrar nuestra atención y foco de análisis en la organización actual del sistema, ya que dicha organización es la mejor explicación al funcionamiento del mismo. El ejemplo más claro está en los divorcios; su final puede ser muy destructivo si se ha convertido en un "divorcio difícil" (Isaacs, Montalvo y Abelsohn, 1988). El porqué no está tanto en las características individuales de los cónyuges al inicio de la pareja, sino

que el aquí y ahora de la dinámica relacional hace que las dificultades se perpetúen. Hasta el punto que aparecen realidades no reconocibles en la historia de los individuos o de la relación (como una relación en escalada simétrica –concepto que se desarrolla más adelante-), a veces muy destructivas: réplicas y contrarréplicas que terminan, si terminan, en una judicialización *ad eternum.* Es decir, según esta propiedad –la equifinalidad– lo que explica el comportamiento de los miembros del sistema es la organización actual de la relación, y no el pasado o las condicionales iniciales que organizaron el mismo. En esta misma línea, podemos hablar de *equicausalidad*, según la cual a partir de una misma condición inicial se pueden alcanzar, en función de la evolución del sistema, estados finales diferentes. Así, la pareja del ejemplo anterior puede concluir tanto en un divorcio difícil como benigno.

Tras la exposición de los tres propiedades de los sistemas, es oportuno un breve desarrollo acerca del problema de la relación y/ o delimitación entre sistema-medio ambiente, cuestión que siempre ha estado presente para los teóricos sistémicos. ¿Dónde se halla el límite del sistema? Algunos autores utilizan el término *holon* (von Foerster, 1996) para expresar la idea de que cada entidad es simultáneamente una parte y un todo, de manera que cualquier sistema es por definición tanto parte como todo. Así, el propio niño es una totalidad, pero es una parte de la dinámica relacional de la familia (que a su vez es una totalidad), pero también es parte del sistema escuela-familia, y así sucesivamente. En consecuencia, ocuparse sólo de la familia o del sujeto no implica ignorar las intersecciones de los mismos con sistemas más abarcadores. Sin embargo, aunque los sistemas están interconectados, sin solución de continuidad, es evidente que operativamente hemos de delimitarlos. ¿Qué características han de tener los sistemas que nos permitan orientarnos en tal delimitación? Su estabilidad y la significación. Así, lo importante para el operador es delimitar el sistema con que va a trabajar, siguiendo las ideas de sistema estable, con duración en el tiempo, y que es significativo emocionalmente para los que participan en él.

La pregunta que es preciso responder en este punto es: ¿cómo podemos conceptualizar las dinámicas relacionales? Si del estudio deductivo de las

conductas individuales hemos de pasar a las manifestaciones observables de la conducta entre los individuos, el vínculo de tales manifestaciones es la comunicación. A partir de los trabajos pioneros de Bateson en 1967 (1974, 1976, 1980), Watzlawick (Watzlawick et al, 1971) elabora algunas características de la pragmática de la comunicación humana, que denomina axiomas y que a continuación pasamos a describir.

4. Axiomas de la comunicación

4.1. Primer axioma

Un mensaje, para Watzlawick (op. cit.), es cualquier unidad comunicacional. Si comunicación es igual a conducta, no hay nada que sea *no conducta,* por lo que, por mucho que se intente, no se puede dejar de comunicar. Así pues, el primer axioma de la comunicación plantea la imposibilidad de no comunicar. Sea actividad o inactividad, palabra o silencio, todo tiene siempre valor de mensaje: influye sobre los demás, quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones, y así también comunican. Es decir, hay conducta aunque ésta no sea intencionada, consciente o eficaz (tres premisas que habitualmente definen el entendimiento mutuo).

El intento de no comunicarse puede existir en cualquier contexto en que se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. Frente a un mensaje o comunicación hay tres reacciones posibles: el rechazo, la aceptación y la descalificación de dicha comunicación; esta última modalidad se realiza a través de una respuesta que queda invalidada por su forma, a través del empleo de autocontradicciones, incongruencias, cambios de temas, tangencializaciones, malentendidos, estilo oscuro, interpretaciones literales de la metáfora o interpretaciones metafóricas de las expresiones literales, etcétera. Ejemplos de este tipo de respuestas son: “Qué buen día hace”; en una propuesta de iniciar una conversación, el interlocutor continúa leyendo el periódico sin responder, o a lo sumo con una interjección sin sentido claro. Otro modo de descalificación de la comunicación son las respuestas que eluden el mensaje o pregunta del otro: “¿Cuánto ganas en tu trabajo?” “Depende, el año pasado con la crisis hubo una reducción de plantilla… los beneficios bajaron, pero depende de tantas cosas…”

Hay una última modalidad de respuesta para Watzlawick (op. cit.): “el

síntoma como comunicación". En ocasiones se finge somnolencia, sordera, cualquier deficiencia e incapacidad que justifica nuestra imposibilidad de comunicar; evidentemente esta solución tiene una falla porque se sabe que se está engañando al otro. El mensaje es muy potente para la relación cuando el síntoma es "real", es decir, hay un diagnóstico de depresión, alcoholismo, etcétera. El mensaje relacional del síntoma se impone: "hay algo más fuerte que yo, que mi voluntad, de lo cual no puede culpárseme, que hace que me comporte de determinada manera". De este modo la treta comunicacional se vuelve perfecta porque el sujeto (y su contexto) está convencido de que se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su control.

¿Por qué es importante traer a colación con un cierto detalle las propiedades de la comunicación y en concreto esta primera –la imposibilidad de no comunicar– y la definición de síntoma desde el punto de vista relacional? Porque tiene consecuencias fundamentales en tres niveles. En primer lugar para la relación, ya que la posibilidad de negociar los acuerdos o desacuerdos entre una díada se ve bloqueada o distorsionada por la presencia del síntoma ("no soy yo el que no quiere sino que algo superior a mí me lo impide"), de modo que se cierran todas las posibilidades de negociación, y por ende, un ulterior conflicto en el caso de desacuerdo. Un breve ejemplo puede ayudar a ver la magnitud de esta conceptualización del síntoma como mensaje interpersonal. Un miembro de la pareja con consumos abusivos de alcohol envía un mensaje a través del síntoma por el que agrede a su cónyuge, ¿cómo? No es él el que hace "sufrir a su esposa", no es él el que evita determinadas situaciones (responsabilizarse de los hijos, de la economía y de su propia conducta), sino que es el alcohol el causante de lo que ocurre, del sufrimiento que se genera. Por otro lado, no es infrecuente escuchar que la esposa defiende a su marido y sitúa "la maldad" en el alcohol. En segundo lugar, la afirmación hecha arriba no está exenta de complicaciones por cuanto: cuando alguien emite un mensaje, ¿está siempre dirigido al otro, según el axioma? No necesariamente, ya que el comportamiento de un sujeto puede estar determinado por situaciones no derivadas de la relación sino por otras motivaciones (internas o externas). Si seguimos con la conducta alcohólica del cónyuge, los determinantes del consumo pueden también estar en relación con

su mundo interno o con otros contextos (un duelo congelado o reciente, un fracaso laboral, etc.). ¿Cómo discriminar si el mensaje sintomático está vinculado con la interacción, con el cónyuge? Si es una pauta repetitiva, si todas las dinámicas interaccionales están alrededor del alcohol –véase la noción de "sistema alcohólico" (Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, 1989)– estamos frente a un mensaje de la conducta sintomática que debemos descifrar en términos relacionales. Asimismo, cuando observamos que frente a conflictos relacionales inevitables en cualquier relación, aquéllos no pueden ser explicitados de manera franca (por el temor al conflicto y al fantasma de la ruptura de la relación) ahí aparece el síntoma que permite expresar la diferencia sin aceptar el compromiso de su conducta. Y, por último, este axioma pone de manifiesto que es imposible "no intervenir"; tanto si decimos o no decimos, hacemos o no hacemos, siempre es un mensaje para el otro que éste va a descifrar.

4.2. Segundo axioma

El segundo axioma de la comunicación, para Watzlawick (Watzlawick et al, 1971), plantea que toda comunicación tiene dos niveles: un nivel de contenido y un nivel relacional. El primero transmite información, es el marco referencial, mientras que el segundo está referido a qué clase de mensaje debe entenderse que es el primero, es decir, indica el tipo de relación entre los comunicantes. Así, toda comunicación está conformada por la información que se trasmite en ambos niveles. Por ejemplo, el mensaje "ordena tu cuarto" connota dos aspectos, el primero informa acerca del orden o desorden del cuarto –contenido–, y el segundo implica un compromiso (obedecer o desobedecer), por último y además define la relación entre los comunicantes (nivel relacional) que podría comportar múltiples aspectos: relación complementaria, simétrica, conflicto, consenso, etc. En definitiva, el nivel relacional proporciona información acerca del contenido y constituye un tipo lógico superior al de los datos.

En general el *contexto* donde se desarrolla el intercambio comunicacional proporciona una información relacional, que siempre engloba y califica el nivel de contenido. En un contexto muy jerarquizado (por ejemplo, el ejército) una solicitud se ha de entender como una orden, así se pone de manifiesto que

el nivel relacional califica y da sentido al nivel de contenido, y el contexto califica a ambos. Una pareja en conflicto crónico va a interpretar cualquier comentario del otro –“vas muy mal vestido para la fiesta”– no como un acto de cuidado sino como una agresión, que podría tener como respuesta: “siempre me descalificas cómo me visto”. De nuevo es el nivel de contenido el que obtiene significado por el nivel relacional.

Teniendo en cuenta este axioma, ¿qué evaluamos en la dinámica familiar? La pauta relacional repetitiva que vincula a los sistemas y que las más de las veces les tiene atrapados en las dificultades; por eso disminuye la importancia del nivel de contenido y adquiere relevancia el nivel relacional. Es decir, en una coalición transgeneracional la cuestión importante no es qué contenido ha llevado a esa coalición, por ejemplo, entre madre e hija, sino el hecho de que se ha establecido esa unión especial entre ellas en contra de un tercero (el padre). Esto es lo francamente disfuncional, y ha de ser el foco de intervención.

Entre los dos niveles –contenido y relación– pueden darse combinaciones diversas. Puede ocurrir que los participantes concuerden o que estén en desacuerdo en ambos niveles. También pueden darse formas mixtas, por ejemplo, cuando están en desacuerdo en el nivel de contenido, pero ello no perturba su relación. Esta es la forma más madura de manejar el desacuerdo ya que los participantes acuerdan estar en desacuerdo, con la posibilidad de hacer pactos. Por otra parte puede ocurrir que los interlocutores estén de acuerdo en el nivel de contenido (ayudar a un hijo con problemas) pero no en el relacional, por lo que la estabilidad de la relación se verá amenazada cuando deje de existir la necesidad de acuerdo en el nivel de contenido (mejoría del hijo). Además pueden darse confusiones entre los niveles de contenido y relacional, como cuando se intenta resolver un problema relacional en el nivel de contenido. Una pareja discute sobre si es interesante o una pérdida de tiempo ver fútbol en la tele, cuando en realidad el desacuerdo está a nivel de relación; lo que realmente está en juego es cuánta cercanía quiere cada uno, tal vez el reclamo de la mujer para que el marido le preste más atención, etc.

Una última posibilidad, muy deletérea para los sujetos, se da en situaciones en que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias

percepciones en el nivel de contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.

¿Qué consecuencias tiene este axioma en la práctica de la intervención sistémica? Los aspectos de contenido han de pasar a un segundo plano porque son calificados por los relacionales, de forma que la dimensión fundamental en la evaluación e intervención es la pauta relacional. Es decir, a riesgo de ser redundante, lo que un terapeuta sistémico ha de destacar en su valoración diagnóstica (y en sus objetivos de cambio) es el patrón relacional.

Un concepto esencial en este punto es el de *metacomunicación*. Con este término se entiende la capacidad para hablar acerca de la relación, es decir, trascender el nivel de contenido para preguntarnos qué está ocurriendo a nivel relacional entre los sujetos que interactúan. La metacomunicación es necesaria en todas aquellas dinámicas interaccionales donde se abordan las dificultades en el nivel de contenido de la comunicación cuando en realidad el desacuerdo está a nivel relacional, como ocurre a veces en la relación terapeuta-paciente. Así, cuando una familia "aparentemente" coopera con los terapeutas, acudiendo a las entrevistas, asintiendo a los contenidos de las intervenciones, etcétera, pero sistemáticamente llegan media hora tarde, es necesario metacomunicar acerca de ello, es decir, hablar con la familia acerca de lo que está ocurriendo (que llegan tarde) y qué significado puede tener.

4.3. Tercer axioma

Según el tercer axioma de la comunicación, la puntuación de la secuencia de hechos siempre es arbitraria. Así, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios, pero esa secuencia será puntuada de forma arbitraria, en función de la perspectiva del observador. Por ejemplo, en la secuencia del caso expuesto anteriormente, podemos plantear que la sobreimplicación de la madre contribuye a que el padre se quede al margen, pero igualmente podemos establecer otra puntuación de la secuencia, en la que la desvinculación del padre genera una mayor implicación de la madre, para intentar cubrir ese vacío.

De hecho, en una secuencia prolongada de intercambios, los participantes puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Es decir, establecen entre ellos patrones de

intercambio, que constituyen las reglas de contingencia, generan automatismos y limitan la experiencia, pero también dan seguridad y previsibilidad a las relaciones y las conductas. La puntuación, pues, organiza los hechos y las descripciones que los sujetos hacen de sí mismos y de los otros. Por ejemplo, la identidad de una esposa de un depresivo está determinada por su rol de cuidadora y sostenedora emocional de su pareja, posición que constriñe y limita su experiencia, como decíamos anteriormente, pero le da estabilidad a la relación y a sí misma.

Por otro lado, la falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de innumerables conflictos en las relaciones. El corolario para Watzlawick (op. cit.) de este axioma es que la naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. La naturaleza de la relación dota de identidad y da una visión del mundo a los sujetos que tiene consecuencias pragmáticas de primer orden. La esposa del alcohólico emite un mensaje al resto de la familia, puntuando la secuencia: el problema está en el marido alcohólico. De este modo los hijos se coaligan con ella en contra del padre; mientras éste puntúa la secuencia al revés: la soledad y marginación a la que se ve sometido por dicha coalición le genera una tristeza y enfado que justifican su comportamiento.

A su vez, dice Stierlin, la puntuación o "la estructuración y organización que hace un observador de una secuencia de hechos y conductas" tiene consecuencias importantes para la intervención. La manera en que es puntuada la secuencia de interacción determina "el significado que se le asigna y la manera en que se evaluará la conducta de cada persona"; crea, sin exagerar realidades diferentes. Así "las modificaciones introducidas en la puntuación no sólo originan nuevas maneras de enfocar un problema sino que proporcionan además nuevos recursos y soluciones" (Stierlin, 1997, p. 296-297). Por ejemplo un cambio en la puntuación de la secuencia de hechos es señalar la posición del hijo en la díada padre alcohólico-madre (es decir que está en una posición de marido-padre), o en términos de Minuchin (1977), que está parentalizado. El cambio es revolucionario por cuanto para la familia el eje organizador de la disfunción es la adicción del padre.

4.4. Cuarto axioma

El cuarto axioma plantea que la comunicación tiene otros dos niveles de análisis: el analógico y el digital. La comunicación analógica es la no verbal y se observa en las secuencias, los ritmos, los tonos de voz, y los contextos. El nivel relacional, descrito anteriormente, se basa prioritariamente en lo analógico, que siempre calificará el nivel digital. La comunicación digital o verbal es el contenido que se transmite a través de la palabra.

Es importante destacar este axioma porque se pueden dar errores de traducción que provocan dificultades en las relaciones. Una situación muy común es la contradicción entre ambos niveles: el sujeto dice “no estoy triste”, mientras llora desconsoladamente. Ante este tipo de contradicciones, quienes perciben de manera correcta saben “leer” el significado a tener en cuenta, que es el expresado a nivel analógico (en realidad está triste). Sin embargo, en determinadas patologías (véase psicosis) los sujetos presentan dificultades a la hora de discernir el mensaje correcto; en este tipo de dinámicas relacionales se observa lo deletéreo o dañino que es para el receptor del mensaje (porque se confunde) este tipo de comunicación. En estas familias la calidad comunicacional o relacional es un factor esencial de análisis. Aunque no es éste el espacio para desarrollar estos conceptos, animamos al lector a que revise las importantes aportaciones de autores como R. D. Laing y A. Esterson (1980) y su concepto de “mistificación”; la noción de desconfirmación de Watzlawick (Watzlawick et al, 1971); el doble vínculo de Bateson et al. (1974), y la noción de desviación comunicacional de L. Wynne et al. (1977).

4.5. Quinto axioma

El último axioma plantea que todas las relaciones están basadas en la igualdad o en la diferencia. En las primeras los participantes tienden a igualar su conducta recíproca, es decir, son interacciones *simétricas*, mientras que las segundas, denominadas *complementarias*, están sostenidas en las diferencias. El ejemplo paradigmático de relación simétrica es la pareja, mientras que de las relaciones complementarias lo es la relación paterno-filial. Son muchas las consideraciones que podemos hacer derivadas de este axioma, tanto para la comprensión de las dificultades relacionales como para establecer objetivos terapéuticos. Valga aquí sólo señalar que para que una relación simétrica perdure ha de estar basada en complementariedad alternante, ya que la simetría

llevada a los extremos sólo genera patología, luchas de poder, es decir, escaladas simétricas. Por otro lado, las relaciones complementarias tienen su correlato disfuncional en la complementariedad rígida, en la que la definición del sí mismo de cada parte de la díada sólo puede mantenerse si el otro desempeña el rol específico, es decir, complementario. Por ejemplo una complementariedad rígida en una pareja hace que el que está en posición *up* sin tener conocimiento de contenidos específicos de la profesión de su esposa (profesora de francés) le corrige la pronunciación en público; ésta acepta incondicionalmente dicha corrección, sabiendo que su marido nunca estudió francés.

Hasta aquí hemos desarrollado los conceptos fundamentales que guían el paradigma sistémico. Estos fundamentos han de dirigir la mirada de los profesionales que desean sostener una epistemología orientada al cambio de las relaciones; de manera que en la evaluación incorporen al sistema familiar y/o a los sistemas significativos para dar un sentido a la pauta que subyace a la sintomatología o las dificultades. Sin embargo, en este punto es oportuno introducir algunos cuestionamientos que ponen en evidencia la necesidad de una mirada que complemente la perspectiva interaccional expuesta. Un ejemplo común nos ayudará en la argumentación. Cualquiera que haya vivido o viva en pareja sabe que las dificultades en el nivel interaccional están sostenidas en determinadas dinámicas individuales, que no son más que la expresión de pautas interiorizadas transgeneracionalmente; a su vez estos tres niveles de análisis (las pautas interaccionales, las dinámicas individuales y las transgeneracionales) están interrelacionados, y además están constituidos y son constituyentes de determinado contexto sociocultural en el que vive la pareja (Scheinkman, 2008). ¿Quiere decir que hay que soslayar el análisis de la dinámica relacional? En modo alguno. Lo que estamos sosteniendo es que el modelo sistémico, como todos los enfoques teórico-prácticos, evoluciona y se enriquece con otras miradas.

5. Evoluciones del paradigma sistémico: primera y segunda cibernética

Hasta aquí hemos desarrollado los fundamentos iniciales del modelo sistémico, que genéricamente podríamos englobar en lo que se ha denominado la “Primera Cibernética” versus “Segunda Cibernética”. Si bien delimitar un

territorio siempre comporta una cierta simplificación y una reducción, es necesaria esta demarcación con fines de claridad expositiva.

En la historia de las ciencias constituye un eje nuclear la dinámica sujeto/objeto, es decir, qué lugar tienen ambos en el acto de observación. El paradigma sistémico no ha sido ajeno a esta problemática. En realidad ya G. Bateson (1974) planteó la necesidad de tomar en cuenta en el acto científico la relación entre el observador y lo observado. Para el autor el uso del espejo unidireccional o cámara de Hessel es el mejor ejemplo de las implicaciones prácticas de una "correcta construcción científica": la observación del terapeuta en su interacción con la familia. Mas, la evolución inicial del paradigma puso el énfasis en la realidad como algo separado y ajeno al observador, y además susceptible de ser analizada por un observador "objetivo" que se situaba fuera de esa realidad para estudiarla y modificarla. De hecho la Teoría General de Sistemas estudia la ordenada composición de elementos mentales o materiales en un todo unificado, y la cibernética (Wiener, 1985) el control y la comunicación.

Para la cibernética es central cómo los sistemas operan para mantener su organización. Una noción clave es el concepto de retroalimentación o *feedback*: proceso por el cual siempre que se realiza una acción, los resultados u outputs son producto de las entradas o inputs, ya que éstos modifican siempre el output posterior. Hay dos tipos básicos de *feedback*: el positivo y el negativo. El *positivo* genera procesos de amplificación (cambio de la organización previa del sistema) y el *negativo* produce una reducción de la desviación (mantiene la estabilidad, es decir, la homeostasis del sistema). En definitiva son nociones nucleares de la *primera cibernética*: organización e información, corrección de la desviación, retroalimentación negativa, la homeostasis, en el sentido de procesos autocorrectivos, y por último, el énfasis en las reglas familiares y en los patrones interactivos de los sistemas. Estos elementos se convirtieron "… en la base para entender la organización familiar, ya fuera saludable o patológica" (Anderson, 1999, p. 45). Esta perspectiva implicaba en cierta forma, decía Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al, 1990), que los elementos de un sistema estaban adscritos a un programa prefijado por las regularidades y constancias del mismo, y que nos

hallábamos ante un cierto carácter determinista del ser humano: el individuo era determinado por el sistema y no por los aspectos intrapsíquicos, como planteaba el psicoanálisis. En esta línea, un concepto clásico propio de la primera cibernética es el de *estrategia* de Haley (1980), que en su proceder con las familias tras el diagnóstico, realizaba una estrategia con el fin de modificar la disfunción "objetiva" del sistema. A continuación sintetizamos una clásica viñeta clínica de Haley para ilustrar lo antedicho: se trata de una niña cuyo síntoma era que incendiaba las cortinas de su casa. La organización del sistema mostraba un alejamiento y hostilidad entre madre e hija, de modo que el síntoma cumplía una función de hacer enfadar a la madre. El terapeuta familiar definió la situación como "un fallo en el aprendizaje en encender cerillas" y puso a la madre en la tarea de enseñarla (de este modo aproximaba la madre a la hija y eliminaba el síntoma).

En oposición a esta perspectiva, lo que se ha venido a llamar *segunda cibernética*, (von Foerster, 1988, 1996), invoca a una reflexión sobre el papel del observador en la descripción de los sistemas; es la "cibernética de los sistemas observantes" que alude a la recursividad entre lo observado y el observador. Para Keeney (1987), el hecho de observar un fenómeno supone trazar una demarcación (diferencia) respecto a otros muchos que quedan fuera. Es el observador el que de acuerdo con la *construcción* que él lleva a cabo y guiado por sus intereses, modelo teórico, objetivos o sesgos, selecciona esa parte de la observación, del sistema. Es decir, el observador delimita el sistema de manera más o menos arbitraria según su marco de referencia. La manera más simple de comprobar lo antedicho es observar cómo describe un psiquiatra el estado anímico, y sus causas, de un paciente o cómo lo hace un terapeuta familiar. El primero recabará datos relativos acerca de la psicopatología (su marco de referencia) mientras que el segundo buscará el nicho ecológico donde ha aparecido la sintomatología para comprender el fenómeno.

Algunas consideraciones terapéuticas extremadamente importantes se desprenden de las perspectivas epistemológicas señaladas. Introducimos las reflexiones de P. Caillé (Caillé y Rey, 1990) porque nos proporciona un marco operativo que permite articular los conceptos abstractos de la primera y

segunda cibernética con la práctica. La noción nuclear planteada por el autor, es la diferencia semántica y conceptual entre “crisis y avería”. Dicha distinción corresponde a la franca diferencia existente entre los sistemas humanos y los físicos, que tiene profundas consecuencias para la comprensión de las situaciones y la intervención. En realidad el sistema humano difiere de modo fundamental de la máquina porque en ésta el defecto de funcionamiento es una avería. Esta avería hará que la máquina se detenga, pero una vez reparada su funcionamiento será idéntico al previo, de modo que proseguirá su trayectoria previsible de estados (concepción propia de la primera cibernética).

Los sistemas humanos, por el contrario, no sufren averías, ya que un defecto en su funcionamiento es una crisis. Esta crisis trae consigo la pérdida de control del sistema sobre su historia, a causa de una puesta en cuestión del modelo de relación (modelo que otorga estabilidad y previsibilidad en el conjunto de relaciones significativas). La crisis, plantea P. Caillé, tiene un carácter eminentemente subjetivo, ya que está en crisis todo sujeto cuando su estado habitual manifiesta un debilitamiento –aparentemente fortuito– de sus mecanismos de regulación, situación que es percibida por el propio sujeto como una amenaza a su existencia. Sin embargo, la historia del sistema no se para; se detiene sólo la trayectoria de los estados que derivaban de la previsibilidad en el interior del sistema. Los problemas de conducta de un adolescente constituyen una “avería” para el sistema, mas a su vez son expresión de una crisis que el sistema está “evitando” y que podría significar las dificultades evolutivas de la familia. ¿Por qué estas reflexiones de Caillé nos parecen de especial importancia? Porque conceptualizar determinadas situaciones de malestar, carencia o crisis evolutivas como crisis o avería determina, en buena medida, el curso, la eficacia e incluso la ética de la intervención. En realidad cuando los consultantes demandan ayuda suelen traer a los profesionales “la avería”, el síntoma como único causante de las dificultades. Es prescriptivo, en primer lugar, no hacernos cargo de la avería, propio de la primera cibernética, ya que ésta deriva de la crisis del sistema, y es precisamente la negación de la crisis lo que provoca la avería. En segundo lugar, para lograr que la avería se transforme en crisis es preciso hallar el *locus* del síntoma en la dinámica relacional, es decir, identificar el modelo

amenazado, en un trabajo con el propio sistema, para precisamente recrear la crisis, de tal forma que el sistema pueda hacerla suya y la supere (concepción propia de la segunda cibernética). Dialogar con los miembros de la familia acerca de las dificultades con las tareas evolutivas, el dolor de la separación, la reorganización que el momento evolutivo exige al sistema, etcétera, consolida el cambio.

Otra diferencia sustancial en la conceptualización de la primera y segunda cibernética que trae consecuencias profundas para los procesos de intervención, es que no es posible "programar, instruir o preparar un trabajo con objetivos en sistemas como el ser humano o la familia (...) sólo queda perturbar el sistema y esperar a ver cuál es su respuesta, para volver a perturbar" (López Baños et al, 1990, p. 208). Porque los sistemas humanos no son triviales, es decir, no son *instruibles* desde el exterior, sólo responden al cambio según lo que su estructura le permita. El concepto clásico de estrategia de Haley (1980) hemos de reemplazarlo por el de conversación, perturbación al sistema. El cambio sólo se producirá una vez que el terapeuta acepte la construcción que la familia trae a la terapia, para que después, a través de un proceso de diálogo que marque las bases para una relación significativa, sea posible "establecer un acoplamiento" con el sistema. La conversación entre dos sistemas (el terapéutico y la familia) es clave en la segunda cibernética, y se opone directamente a la estrategia de la primera cibernética. Conversar "es intercambiar, respetar, observar, utilizar la conversación para irse modificando uno a sí mismo" (López Baños et al. 1990, p. 208), y al otro, añadimos.

Por otro lado, para Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al, 1990) la realidad humana implica reflexividad o autoconciencia, es decir, es de un orden cualitativamente diferente al de cualquier otra realidad, física o biológica; además nos acercamos a dicha realidad siempre a partir de una demanda de cambio. Lo que la autora señala es que si bien hay que seguir considerando el carácter interdependiente de individuos y grupos que participan de un todo coherente, y con el cual co-evolucionan, aquéllos son también impredecibles (respecto al todo) ya que son más o menos autónomos (hay determinantes psíquicos y contextuales) para efectuar actos de elección

(dentro de los límites que le sean posibles). La anterior consideración introduce notables cambios en las orientaciones de la estrategia de intervención, como veremos más adelante. Esta perspectiva ya se encontraba en algunas preguntas que se hacía G. Bateson (1976) cuando se cuestionaba por qué un individuo elige una conducta (la que realiza) en vez de optar por otra dentro de las múltiples posibilidades que tiene. Es decir, por qué un padre se coaliga con su hijo en contra de su esposa, frente a las múltiples opciones que tendría (negociar con ella las diferencias que tiene, romper la relación o vincularse con otros adultos, y un largo etcétera).

Un punto nuclear del cambio que se ha producido en el paradigma sistémico es el peso de lo *diacrónico* –la historia de la relación, de cada miembro del sistema, las pautas de la familia de origen, etcétera– y lo *sincrónico*, es decir, la organización del sistema en el aquí y ahora (representado en la propiedad de la equifinalidad de los sistemas descrita anteriormente). El paradigma progresivamente ha rescatado la dimensión temporal obviada en la primera cibernética, ya que ésta sólo tenía en consideración las interacciones sincrónicas. En síntesis, el aquí y ahora está no sólo organizado por las pautas interaccionales sino también por la historia de cada sujeto y del sistema. En esta misma línea hay una consideración importante que hacer. Pese a que el paradigma mantiene el concepto nuclear de retroalimentación como propiedad esencial para comprender la dinámica interaccional, también está determinada por las *cualidades* de las partes del sistema. Stern (1991) plantea que no es lo mismo la propuesta vincular que hace un bebé con dificultades, excitable, para ponerse al pecho de la madre, que un bebé tranquilo que le devuelve una imagen de buena cuidadora. El resultado de la dinámica relacional dependerá, por tanto, de varios factores: las características de cada individuo (por ejemplo, el bebé y su madre), las interacciones que se ponen en marcha entre ellos, y la organización del contexto más amplio (familia extensa, esposo, personal sanitario de apoyo, etc.).

Con una perspectiva diferente, pero complementaria, Wynne (1991) citando a Spiegel (1971) distingue los *procesos transaccionales* frente a los *interaccionales*. En los primeros las personas experimentan un cambio interno en el curso de un intercambio recíproco, es decir, los sujetos de la interacción

modifican, podemos decir, su identidad; en los segundos no se da la interiorización del otro y debería ser considerada solo una interacción instrumental (por ejemplo la diferencia entre la interacción en una pareja, o en una relación de intercambio con roles preestablecidos: vendedor-comprador). Asimismo, no todos los componentes de un sistema están en las mismas condiciones; no pueden cambiar al mismo tiempo, en la misma medida o de la misma manera, ya que los subsistemas tienen cierto grado de separación, identidad y diferenciación que varía con el tiempo. En definitiva, se da una interdependencia entre todas las partes de un cambio transaccional, "pues cada parte modifica al resto mediante una realimentación recursiva" (Wynne, 1991, p. 139). Desde esta perspectiva es necesario trascender el análisis del ciclo evolutivo como meros cambios en la estructura formal o composición de la familia, y pasar a analizar los problemas que surgen en los momentos transicionales cuando la calidad de trato en el sistema es inapropiada. En definitiva, los cambios en la composición de la familia se suceden inexorablemente, pero por el contrario la calidad de los procesos relacionales tiene su propia lógica interna. En esta línea, las dificultades que los padres presentan como imposibilidad de obtener obediencia, o problemas en la negociación de las normas con un adolescente, pueden estar determinadas más por el vínculo previo, carencia o exceso de un vínculo nutricio, entre el adolescente y sus padres, que por el proceso interaccional en sí en el aquí y ahora.

Hasta aquí hemos expuesto algunas nociones que enmarcan las nuevas aportaciones al modelo sistémico. Creemos oportuno desarrollar algunos conceptos básicos del constructivismo y del construccionismo social para, en primer lugar, esclarecer ambas perspectivas (aunque están interrelacionadas) y en segundo lugar dar cuenta de la articulación en la práctica.

6. Constructivismo y construccionismo social

Para una mayor claridad expositiva hemos separado la perspectiva constructivista y el construccionismo social de la segunda cibernética, cuando en realidad los engloba. Tanto el constructivismo (Maturana y Varela, 1990) como el construccionismo social (Gergen, 1996; McNamee y Gergen, 1996) confrontan la idea modernista que propone la existencia de un mundo "real"

que se puede conocer con certeza. El *constructivismo*, heredero de la tradición hermenéutica, destaca "la naturaleza constructiva de la experiencia y el papel de la conciencia en la captación de la realidad" (Feixas y Villegas, 1990, pág. 15). Mas los desarrollos provienen, en lo más inmediato, del campo de la física cuántica, de la biología, etc. A su vez para el *construccionismo social* los significados, como se desarrollará más adelante, se construyen socialmente, son producto del intercambio social –del diálogo– y pueden ser modificados a través de la conversación terapéutica.

6.1. Constructivismo

Para el constructivismo los seres humanos desarrollan en su mente un conjunto de creencias que son su perspectiva del mundo; estas perspectivas, modelos, son mapas cognitivos esenciales que se transforman en nuestro modo de tratar con él, a través de los cuales filtramos los datos entrantes y les atribuimos significado (Watzlawick y Krieg, 1994). Desde este enfoque cognitivo o representacional del mundo, se considera que la realidad se construye individualmente en la mente de cada persona. Maturana (1997; Maturana y Varela, 1990) introduce el concepto de "determinismo estructural" según el cual todos los cambios que se producen en los sistemas vivos están determinados por su estructura, cualquiera que sea ésta. Es decir, cuando un organismo interactúa con algún aspecto de su entorno, su estructura (y no la del estímulo exterior) va a determinar su respuesta. Esto quiere decir que un sujeto va a obtener un significado u otro de un mensaje dependiendo de sus prenociones, sus constructos. De la noción de determinismo estructural se desprende un principio: la imposibilidad de la interacción instructiva (López Baños y otros, 1990). Según esto, lo que incorpora o comprende cada persona en interacción con otra (por ejemplo con el terapeuta que realiza determinadas intervenciones o comentarios) no viene determinado por esos estímulos externos sino por la propia estructura del sujeto. ¿Cómo construyen o modifican su realidad los sujetos?, ¿cómo se producen los procesos de cambio y/o aprendizaje? Para Maturana el sujeto "se golpea" con la realidad, y de vez en cuando modifica sus constructos. En la misma línea, Bateson plantea, al describir los procesos estocásticos, que un sujeto *elige*, de toda la información a su alcance, determinados elementos que le permiten construir una realidad

sólo si se asemejan a sus constructos.

Si no es posible la interacción instructiva ¿cómo cambiamos o aprendemos los seres humanos? Mediante el *acoplamiento estructural*, definido como el encaje íntimo de las estructuras de dos o más organismos. Una respuesta de cómo se produce el cambio la encontramos en Keeney (1987), que nos ayuda a articular estas nociones abstractas en la práctica clínica. El autor plantea que el sistema está necesariamente organizado a partir de dos lados recursivos: cambio/estabilidad. Y que no todas las perturbaciones a la estabilidad (por ejemplo, un señalamiento por parte del terapeuta) podrán producir un cambio, puesto que la otra cara recursiva tenderá a la estabilidad. Solamente se producirá un acoplamiento estructural, si el profesional introduce lo que el autor denomina "ruido significativo" (Keeney, 1987, p. 61). Para Keeney el *ruido significativo* proviene de la acción de un observador: si un sujeto cree que en una comunicación hay significado, este afán de crear significado contribuye a construirlo, hará "ruido significativo" que contribuirá al cambio. En síntesis, la intervención consiste en ayudar a que la persona modifique su peculiar visión de la realidad, para que pueda entonces actuar y relacionarse de otra forma. El cambio se produce cuando se introduce o se ofrece nueva información al sistema, de la que éste "elige" incorporar aquella que le resulta más aceptable o útil, de acuerdo con sus esquemas anteriores.

6.2. Construccionismo social

¿Qué añade el construccionismo social a estas perspectivas constructivistas señaladas? Que los significados que construimos e intercambiamos en nuestros diálogos surgen del intercambio social, y son mediatizados por el lenguaje; además, que todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas, y que es sólo a través de la permanente conversación con los íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior. En definitiva, el contexto social hace del significado una actividad intersubjetiva, ya que no está construido como una *cosa cognitiva* individual sino, más bien, como formas en que nos comportamos unos con otros; de manera que el significado (la comprensión, las ideas, el lenguaje) es producto de acuerdos intersubjetivos. Es innegable que la identidad de género, las patologías psíquicas, los valores, etc. evolucionan a través del intercambio social.

En esta línea la gran aportación del construccionismo social es la necesidad de tomar en cuenta en la construcción de significados (y por ende en los diagnósticos), las relaciones de dominación y sumisión existentes, además de considerar la influencia del discurso social dominante referido al género, a la clase social, a la raza, etc. Han sido White y Epston (1993) quienes han introducido en la práctica de la terapia sistémica las ideas antedichas, tomando el hilo del pensamiento de Michael Foucault. El planteamiento de los autores es enormemente sugerente en lo relativo al aspecto positivo del poder, al que todos sin excepción estamos condicionados; hacen referencia al poder constitutivo, normalizador, regulador y determinante en la vida de las personas, como conocimientos globales y unitarios que pretenden constituir verdades "normalizadoras". Entre las verdades "normalizadoras" están los diagnósticos. Éstos "explican" la totalidad del comportamiento del sujeto y del sistema, oscureciendo el resto de la realidad. Es necesario, pues, explorar la historia de los efectos de estas verdades en la constitución de la vida y las relaciones de las personas, para lo que es preciso adoptar una perspectiva reflexiva (Tomm, 1988).

White y Epston (1993) plantean que la comprensión, el acto interpretativo, está restringido por el contexto receptor, es decir, que los acontecimientos son seleccionados e interpretados por una red de premisas y supuestos previos que constituyen nuestro mapa, nuestra narrativa. El acontecimiento que no encaja con nuestras premisas no es seleccionado como dato, como hecho. En este sentido la estructura narrativa no es algo que surge de los datos sino que es la propia narración la que establece qué debe considerarse como información. Este supuesto es muy importante pues las familias están unidas por medio de percepciones, conductas y sentimientos compartidos relacionados con una "historia oficial". De todas las experiencias que vive una persona o familia, sólo se seleccionan algunas, en función de los esquemas previos, valores, creencias, etc., mientras que otras experiencias se quedan fuera de esa versión de la realidad que se construye socialmente. Así, toda narración es necesariamente una narración parcial, porque es el resultado de una selección de experiencias y significados; son estas realidades, las seleccionadas, las expresadas, las que a menudo configuran el discurso dominante, las que son

constitutivas de la vida de las personas. La pregunta que surge, como resultado de esta afirmación, es de qué forma se realiza esta selección parcial de la realidad y de la vida de nuestros consultantes. Sluzki plantea que “las narrativas se originan en el espacio social, y se forman y evolucionan por consenso”. Se forman dialécticamente, “… son internalizadas y transformadas en guías o lentes a través de los cuales damos sentido a la realidad y organizamos los comportamientos adecuados a esa realidad” (Sluzki, 2006, p. 8). Así, estos comportamientos tienden a reconstruir y ocasionalmente a modificar esas narrativas acerca del *self* y del mundo.

La perspectiva de género es paradigmática en la organización de las narraciones de las propias mujeres y de los terapeutas; ésta es la “red invisible” de la que hablan Walters, Carter, Papp y Silverstein (1991); la red del género, que nos envuelve en una telaraña inconsciente y que organiza la sintomatología, los diagnósticos, las dificultades relacionales, las relaciones de poder, etc., en definitiva, la identidad de hombres y mujeres.

Por último, algunas consideraciones que se derivan de lo antedicho son que necesitamos desprendernos del vocabulario del déficit; reflexionar y asumir el problema del *etiquetaje* diagnóstico; cuestionar o encarar reflexivamente el modelo de “normalidad” del desarrollo individual y familiar; y por último, que la realidad tiene múltiples niveles de explicación, que no son más que diferentes explicaciones o factores que se influyen mutuamente pero diferenciados por el observador (Hoffman, 1996). Además, el saber del terapeuta es genérico, y no incluye el saber idiosincrásico de la familia, véase significados que le dan a los comportamientos, a su realidad, etc. Se trata de que aparezcan posibilidades aún no expresadas y relatos no relatados, nuevas realidades personales y nuevas mediaciones que surgen de esas nuevas narraciones. Estos enfoques introducen una perspectiva ética: la necesidad de tomar conciencia de las relaciones de poder que se encuentran en todo discurso y en toda práctica profesional.

7. Epílogo

Como síntesis de los diferentes desarrollos teóricos del paradigma sistémico, proponemos una visión que integra aspectos modernistas y postmodernistas en nuestra concepción de la intervención terapéutica. Esta

visión debe incluir una evaluación de la familia (estructura y momento evolutivo), de sus dificultades, de sus lados fuertes, del contexto, etc., a partir de la que planteamos las hipótesis que guiarán nuestra intervención. Trazamos así un mapa para abordar el sistema que es nuestro objeto de análisis, y una guía para diseñar los objetivos de cambio a través de las preguntas circulares, estratégicas y reflexivas; todo ello planteado a partir del mundo de los significados de las personas y enmarcado en un enfoque colaborativo, basado en la segunda cibernética.

8. Lecturas recomendadas

BATESON, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohle. Comprender de modo abstracto la circularidad es relativamente fácil, sin embargo poder "ver la realidad" desde la circularidad se logra leyendo este difícil pero profundo texto que es fundante del paradigma sistémico.

BERTALANFFY, L. VON (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica. En este texto se recogen los pilares básicos del paradigma sistémico. El alemán Ludwig von Bertalanffy fue el primero que formuló la Teoría General de Sistemas en el intento de lograr una metodología integradora para el tratamiento de problemas científicos.

KEENEY, B. (1987). *Construcciones de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu. El epistemólogo Keeney se dedicó a la observación del trabajo de terapeutas sistémicos con el propósito de establecer qué patrones organizaban la intervención de aquellos; este libro es el resultado de ese trabajo. Además posibilita al potencial lector a acercase a diversas escuelas de terapia familiar.

LÓPEZ BAÑOS, F., MANRIQUE SOLANA, R. y OTERO, S. (1990). "Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica". *Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría*. 10, 210-220. Se trata de una buena y asequible síntesis de los cambios habidos de la primera a la segunda cibernética.

MATURANA, H. (1997). *La realidad: ¿objetiva o construida?* Madrid: Anthropos. El descubrimiento de Maturana por parte de los terapeutas familiares causó una verdadera revolución en la evolución en los mismos; con este texto el lector conocerá exhaustivamente los pilares básicos del

constructivismo.

McNAMEE, S. y GERGEN, K.J. (Eds.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós. Este es un texto básico para hacer una primera aproximación al construccionismo social; su asequible lectura no le resta profundidad y es extremadamente clarificador.

WATZLAWICK, P., BEAVIN J. y JACKSON, D. (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder. Se trata de un texto imprescindible para estudiar las bases del paradigma sistémico; en él sus autores articulan con la clínica las nociones abstractas de la Teoría General de Sistemas y de la Teoría de la Comunicación.

Bibliografía

ACKERMAN, N.W. (1970). *Teoría y práctica de la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Proteo.

———— (Ed.) (1976a). *Familia y conflicto mental*. Buenos Aires: Hormé.

ACKERMAN, N.W. (Ed.) (1976b). *Grupoterapia de la familia*. Buenos Aires: Hormé.

ANDERSON, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.

ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H. (1996). "El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico". En McNAMEE, S. y GERGEN, K.J. (Eds.). *La terapia como construcción social* (pp. 45-59.). Barcelona: Paidós.

BOWLBY, J. (1989). *Una base segura*. Barcelona: Paidós.

BATESON, G. (1974). "Hacía una teoría de la esquizofrenia", en *Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*, VVAA. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

———— (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohle.

———— (1980). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

BERTALANFFY, L. VON (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

BOSZORMENYI-NAGY, I. y FRAMO, J. (1976). *Terapia familiar intensiva*. México: Trillas.

BOSZORMENYI-NAGY, I. y SPARK, G.M. (1983). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.

CAILLÉ, P. y REY, Y. (1990): *Había una vez… Del drama familiar al cuento sistémico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

COLAPINTO, J. (1996). “Psicoterapia versus terapia de interacción: una contradicción irreductible”. En ESPINA, A. y PUMAR, B. (Eds.). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.

DICKERSON, V.C. (2010). “Positioning Oneself Within an Epistemology: Refining Our Thinking About Integrative Approaches”. *Family Process*, 49, 349-368.

ELKAÏM, M. (1989). *Si me amas, no me ames*. Gedisa: Buenos Aires.

FEIXAS, G. y VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia.* PPU: Barcelona.

FOERSTER, H. VON (1988*)*. Construyendo una realidad. En WATZLAWICK, P. y otros, *La realidad inventada* (pp. 38-56). Buenos Aires: Gedisa.

———— (1996). *La semilla de la cibernética.* Barcelona: Gedisa.

FRAMO, J.L. (1996). *Familia de origen y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

FROMM, E. (2003). *Lo inconsciente social*. Barcelona: Paidós.

GERGEN, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Paidós: Buenos Aires.

HALEY, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

HOFFMAN, L. (1996). “Una postura reflexiva para la terapia familiar”. En McNamee, S. y Gergen, K.J. (Eds.), *La terapia como construcción social*, pp. 25-44. Paidós: Barcelona.

———— (2001). “De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional: Una perspectiva comunal”. *Sistemas Familiares*, año 17, nº 2, Buenos Aires.

ISAACS, M.B.; MONTALVO, M. y ABELSOHN, D. (1988). *Divorcio difícil*. Buenos Aires: Amorrortu.

KEENEY, B. (1987). *Construcciones de terapias familiares sistémicas.* Buenos Aires: Amorrortu.

LAING, R.D. y ESTERSON, A. (1980). *Cordura, locura y familia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

LÓPEZ BAÑOS, F., MANRIQUE SOLANA, R. y OTERO, S. (1990). “Los sistemas observantes: conceptos estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica”. *Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría.* 10, 210-220.

MATURANA, H. (1997). *La realidad: ¿objetiva o construida?* Madrid: Anthropos.

MATURANA, H. y VARELA, F. (1990). *El árbol del conocimiento*. Madrid: Debate.

McNAMEE, S. y GERGEN, K. (Comps.). (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

MINUCHIN, S. NICHOLS, M. y LEE, W.Y. (2007). *Assessing Families and Couples: From Symptom to System*. Boston: Allyn and Bacon.

MINUCHIN, S. (1977). *Familias y terapia familiar.* Barcelona: Gedisa.

MORIN, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

———— (1994). Sur Interdisciplinarité. *Centre National de la Recherche Scientifique. Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires* n° 2 – Jun. 1994 http://ciret-transdisciplinarity.org/bulletin/b2c2.php

RASHEED J.M., RASHEED, M.N y MARLEY, J.A. (2010). *Family Therapy: Models and Techniques*. Los Ángeles: Sage Publications.

SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. y SORRENTINO, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós: Barcelona.

SCHEINKMAN, M. (2008). “The multi-level approach: A road map for couples therapy”. *Family Process*, *47*, 197-213.

SLUZKI, C.E. (2006). “Victimización, recuperación y las historias ‘con mejor forma’”. *Sistemas familiares*, 22, 4-20.

SLUZKI, C.E. y VERON, E. (1971). “The double bind as universal pathogenic situation”. *Family Process*, 10(4): 397-410.

SLUZKI, C.E. y RAMSON, D. (Comp.) (1978). *The double bind: foundation of the communicational approach to the family*. Nueva York: Grunne & Stratton.

STEINGLASS, P., BENNETT, L.A., WOLIN, S.J. y REISS, D. (1989). *La familia alcohólica*. Barcelona: Gedisa.

STERN, D.N. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.

STIERLIN, H. (1997). *El individuo en el sistema*. Barcelona: Herder.

SULLIVAN, H.S. (1959). *La teoría interpersonal de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Psique. [Original de 1953: *The Interpersonal Theory of Psychiatry*.

SWICK, H. y LADD, M. (Comp.) Nueva York: Norton.]

TOMM, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27(1), 1-15.

VON FOERSTER, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

WALTERS, M., CARTER B., PAPP P. y SILVERSTEIN, O. (1991). *La red invisible*. Buenos Aires: Paidós.

WATZLAWICK, P., BEAVIN J. y JACKSON, D. (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

WATZLAWICK, P. y KRIEG, P. (Comp.) (1994). *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa.

WIENER, N. (1985). *Cibernética*. Barcelona: Tusquets.

WHITE, M. y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

WYNNE, L.C., et al (1977). "Schizophrenics and their families: Research on parental communications". En TANNER, J. (Ed.) *Developments in psychiatric research*. Londres: Hodder & Stoughton.

WYNNE, L. (1991). "Un modelo epigenético de los procesos familiares". En FALICOV, C. (Comp.) *Transiciones de la familia*, pp. 131-166. Buenos Aires: Amorrortu.

WYNNE, L.C., RYCKOFF, I.M., DAY, J. y HIRSCH, S.I. (1974). "Pseudo-mutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos". En VVAA, *Interacción familiar*, 111-153. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

2

El ciclo vital familiar

Marisa López Gironés

Índice de contenidos

1. Introducción. La familia y su evolución

En las últimas décadas del siglo XX lo cotidiano, lo privado y los grupos sociales, antes carentes de protagonismo, han ido adquiriendo un papel relevante en la sociedad. En este contexto, la familia al igual que la pareja es objeto de remodelación y reflexión, no sólo de las disciplinas psicológicas o sociales, sino también de los partidos políticos, de los poderes públicos y de la sociedad en general. Ello da lugar a numerosos puntos de vista que van a influir en la evolución del concepto de ciclo vital familiar.

Las familias adoptan diferentes formas a lo largo del tiempo, que definimos como etapas. El Ciclo Vital Familiar (en adelante, CVF) se concibe como la sucesión de etapas por las que atraviesa la familia. Partiendo de estas definiciones vamos a analizar la evolución de los modelos de familia, desde los más clásicos a los más actuales, que incluyen variables más universales no consideradas en los modelos previos, tales como la importancia de lo individual en el contexto de la familia, las nuevas competencias de las mujeres y su cambio de rol en la sociedad, la emigración con sus diferencias culturales y religiosas, las diferentes orientaciones sexuales, etc.

La familia es la institución más antigua y más resistente a los cambios sociales, políticos, culturales y económicos. Se trata de un sistema complejo, cuya permanencia a lo largo del tiempo proviene probablemente de su capacidad de adaptación, al ir variando sus funciones y su estructura en función de los cambios históricos y sociales. En los últimos tiempos, debido a la crisis económica y a las dificultades sociales, es un importante núcleo de solidaridad dentro de la sociedad ya que amortigua los efectos dramáticos de los problemas que afectan a sus miembros, contribuyendo así a la estabilidad y pervivencia de la sociedad. La familia cambia para permanecer y de esta manera proteger su continuidad.

La familia ha sido definida de numerosas maneras y desde distintas perspectivas, atendiendo a criterios como la consanguinidad, la relación legal, de convivencia, o los lazos emocionales. Hay casi unanimidad en considerar a la familia como el primer sistema social (Belsky, 1997; Moreno y Cubero, 1990; Schaffer, 1989), en el que se dan cabida todas las características propias de los sistemas. Minuchin (1979) la define como un grupo social natural, que

enfrenta una serie de tareas de desarrollo que difieren de acuerdo a los parámetros de las diferencias culturales, pero que poseen raíces universales.

Además de las definiciones más generales, existen tantos tipos de familias como personas que las definen en su propia narrativa, tal como se refleja en las siguientes frases extraídas de narraciones de algunos de nuestros pacientes:

Mujer de 23 años: "Mis padres fallecieron en accidente de tráfico cuando yo tenía 17 años, mi hermano era un drogadicto, mi única familia era mi vecina".

Pareja de 39 años ella y 42 él, sin hijos, que en una entrevista de pareja se dicen entre sí: (ella) "Mi familia no eres tú, no estamos ni casados, mi familia son mis padres y mis hermanos", (él) "Pues para mi, tú eres mi familia".

Varón de 45 años: "Mis padres se fueron a Australia, yo tenía tres años, les veía un mes cada dos años. Nunca quisieron llevarme con ellos. Me quedé con mis abuelos, ellos han sido mis padres, mi familia. Yo he sentido más la muerte de mi abuelo que la de mi madre".

Varón de 19 años: "Mi familia han sido mis colegas del internado, yo no he conocido otra familia".

Mujer de 59 años: "Mi familia es mi perro, no tengo a nadie más".

Mujer de 22: "Mi madre es mi familia; mi padre se largó y no he vuelto a saber nada de él".

Mujer de 30: "Mi padre se fue de casa cuando yo era pequeña. No le volví a ver hasta los 20, estaba enfermo y nos lo llevamos a casa. Cuidamos todos de él, mis hermanos, yo y hasta mi madre; parecíamos una auténtica familia".

2. El ciclo vital familiar

2.1. El concepto de ciclo vital familiar (CVF)

Como hemos dicho, el CVF es la sucesión de etapas por las que atraviesa la familia, etapas de una complejidad creciente, debido a la influencia de las características psicológicas de sus miembros y de las variables culturales, sociales y económicas del entorno. Se distinguen períodos de equilibrio y adaptación, pero también períodos de desequilibrio y de cambio. Pasar de una etapa a otra exige una transformación del sistema familiar (Hoffman, 1989). Cada etapa nueva representa una posible amenaza para el orden familiar, generándose un conflicto entre mantener el status anterior (la homeostasis) o transformarse y adaptarse a las nuevas demandas.

El concepto de CVF ayuda a entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales por las que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Pero el CVF ha permitido, además, re-introducir en la terapia sistémica una dimensión histórica, incluyendo el análisis de la historia familiar a lo largo de las generaciones. Esto nos ayuda a detectar los guiones elaborados desde la historia y experiencia de generaciones anteriores, que prescriben ciertos modos de relación y orientan a las familias a la hora de abrirse camino a través de las diferentes etapas del ciclo vital familiar.

Al adoptar esta perspectiva del CVF, no estamos viendo únicamente yuxtaposiciones de las biografías de los miembros de la familia (no se niega la individualidad natural de cada uno de sus componentes) sino la evolución del sistema familiar en su conjunto y en su perspectiva histórica. Por supuesto, en ocasiones, miembros del mismo sistema tendrán perspectivas diferentes del desarrollo de su familia, puntos de vista tan dispares en algunas ocasiones que pueden ser contradictorios o generadores de conflictos.

Mujer de 50 años; durante su infancia y adolescencia su padre tenía una amante, era un hecho muy conocido y comentado en su pueblo, incluso ella le vio en alguna ocasión con esta mujer. Sin embargo siempre que quería hablarlo con su madre ésta lo negaba, decía que eran habladurías de la gente; esto producía una rabia intensa en la paciente que comenta que "lo que más me fastidiaba es que me hacía sentir que yo me lo inventaba, no soportaba tanta negación e hipocresía. En cuanto cumplí la mayoría de edad me fui del pueblo, tardé dos años en volver, lo hice después de una conversación con mi madre a 'corazón abierto'. Entre otras cosas me contó que su madre fue abandonada por su marido después de haberle sorprendido ella en una infidelidad (la paciente creía que el abuelo había fallecido). Fue una época de muchos problemas, mi abuela y sus hijos pasaron hambre y vergüenza, eso me hizo comprender el miedo al abandono que podía tener mi madre".

2.2. El desarrollo del CVF

En el ciclo vital familiar se distinguen etapas que son cualitativamente distintas entre sí y que marcan momentos evolutivos diferentes. Cada miembro va a aportar sus experiencias y su forma de comunicarse aprendida en sus familias de origen, estableciéndose interactivamente nuevos acuerdos y reglas

mediante ensayo y error. Para que la familia funcione es necesario que tenga una estructura. En la familia con hijos, la autoridad debe estar bien delimitada y ejercida por el sistema parental. Con el paso del tiempo se realizará con la co-responsabilidad de todos sus miembros y a medida que los hijos se van haciendo adultos se irá haciendo más simétrica. La familia funcional establecerá límites obvios y permeables con reglas claras y flexibles, generando sus propias dinámicas que cambiarán en su forma y función.

Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia; en base a ello, no podemos decir que existan formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas. Sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, prácticamente predecible, en la que la solución de una etapa va a facilitar la superación de la etapa posterior, planteando demandas específicas que se denominan tareas evolutivas.

En cada transición y cuando ya se avecina la necesidad de la misma, van a tener lugar distintos procesos, como son las transiciones (Barnhill y Longo, 1978), las crisis de paso (Imber-Black, 1989) o las crisis de desarrollo (Pittmann, 1990), cuyas diferencias abordaremos más adelante.

En cada etapa vamos a encontrar características que están relacionadas con modificaciones estructurales, ya sea el crecimiento o decrecimiento en el tamaño de la familia, con nuevas y distintas funciones en sus integrantes, con obstáculos y con cambios fundamentales en sus tareas que si no son aceptados pueden provocar crisis en el núcleo familiar. Hasta tres o cuatro generaciones se deben acomodar simultáneamente a las transiciones del ciclo vital. Por ello, los acontecimientos que tienen lugar en un nivel, forzosamente van a tener efectos en las relaciones de otros niveles (Carter y McGoldrick, 1999).

Juan, 57 años comenta: no puedo más, soy hijo único, mi madre está peor cada día. La he traído a casa y mis hijos se quejan de que les ha invadido su habitación, mi mujer aunque la atiende no la cuida y está enfadada todo el día y ahora como si tuviera poco en la empresa me plantean un traslado que no acepta nadie en mi familia…

2.3. Modelos explicativos clásicos del CVF

Existen distintas aportaciones al concepto de CVF, ya sea desde el individuo

o desde la familia, que son las que desarrollaremos más detalladamente en este capítulo. A pesar de las numerosas clasificaciones, estos modelos explicativos comparten la idea de que las etapas son cualitativamente diferentes entre sí, la existencia de tareas evolutivas determinadas en cada etapa y la importancia de las transiciones y su afrontamiento.

Modelo de ciclo vital individual de Erik Erikson

Erik Erikson propuso en 1968 un esquema de cambios sucesivos y escalonados en la formación del yo, con un "plan básico" a partir del cual iban surgiendo etapas que dominan durante un periodo y se caracterizan por presentar una o más crisis internas. Es un proceso continuo y dinámico, en el que si ocurre un estrés intenso puede haber retrocesos totales o parciales a niveles previos de funcionamiento. Erickson identificó ocho etapas en el ciclo vital del individuo: 1. La confianza básica *versus* desconfianza básica (0-18 meses, aproximadamente). 2. Autonomía *versus* vergüenza o duda (1-3 años aproximadamente). 3. Iniciativa *versus* culpabilidad (3-5 años, aproximadamente). 4. Laboriosidad *versus* inferioridad (6-12 años aproximadamente). 5. Identidad *versus* difusión de roles (11 años hasta acabar la adolescencia). 6. Intimidad *versus* aislamiento (21-40 años). 7. Productividad *versus* estancamiento (40-60 años aproximadamente). 8. Integridad *versus* desesperación (desde aproximadamente los 60 años hasta la muerte).

Modelo del ciclo vital familiar de Duvall

En su trabajo clásico de 1957 y precursor de otros modelos, Duvall dividió el ciclo vital en ocho etapas (inicio de la familia, llegada del primer hijo, familia con hijos preescolares, familia con hijos escolares, familia con hijos adolescentes, familia de plataforma, familia de edad madura y familias ancianas), etapas secuenciales en la evolución de la familia y relacionadas con entradas y salidas de sus miembros y con hechos nodales como son el nacimiento, la crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar y la muerte de algún miembro.

Modelo del ciclo vital familiar de McGoldrick y Carter

En 1980 McGoldrick y Carter elaboraron un modelo bidimensional del CVF, donde describían dos tipos de flujos, uno *vertical* donde se aprecian patrones de relación y funcionamiento que se transmiten a través de generaciones,

como son las cargas con las que nacemos, las actitudes, tabúes y expectativas de la familia, y un flujo *horizontal* donde están las presiones previsibles que conlleva la evolución, y las imprevisibles, como son los divorcios, enfermedades, muerte, etc. Dividen el ciclo vital familiar en seis etapas con sus respectivas tareas:

Adulto joven independiente

Desde que el joven piensa en emanciparse hasta que deja la casa familiar. En esta etapa los padres deben aceptar la separación de sus hijos, y éstos desvincularse emocionalmente de sus progenitores, desarrollando relaciones íntimas con otros.

Formación de la pareja

La pareja recién formada crea un nuevo sistema familiar, que aun estando ligado a las familias de origen, es independiente. Cada miembro de la pareja ha de negociar aspectos cotidianos de la convivencia y de las relaciones con sus respectivas familias.

Es una época de encuentro y de intensas negociaciones y adaptaciones entre los dos miembros que proyectan compartir la vida. Cada cónyuge aportará todo aquello que ha aprendido, vivido y experimentado en su propia familia de origen. A menudo se desea que uno asuma las formas que son familiares al otro, así como las actitudes con las que se desenvuelve con mayor comodidad, muy influidas por los modelos aprendidos en sus propias familias de origen. Esta familia extensa, formada por la conjunción de ambas familias, con sus formas particulares de involucrarse, va a crear una red muy compleja que influirá en las tareas de la pareja.

En esta red interactuarán de manera permanente tres modelos: los de origen, los creados como algo propio que los define como pareja distinta de las que les rodean, y los deseados, no siempre alcanzables, pero influyentes en la dinámica de progreso y crecimiento de la pareja.

José es un varón de 28 años, casado desde hace uno, que acude a consulta por presentar ansiedad que relaciona con su permanencia en el paro desde hace seis meses. Durante la primera entrevista verbaliza que tiene varias dificultades, entre ellas, la más relevante es negociar ciertos límites con la familia de su mujer. Refiere que necesita irse a la cama a las diez de la noche

por si al día siguiente le llaman para realizar una entrevista de trabajo (en su mundo laboral las entrevistas son de un día para otro): "debo asistir fresco y descansado, pero los padres de mi pareja tienen la costumbre de llamar cuando quieren y suelen llamar a las once de la noche, eso me sobresalta y ya duermo intranquilo; le he dicho varias veces a ella que les diga que no llamen más tarde de las nueve y media, pero no es capaz de decírselo. Yo he hablado con mis padres y ya lo respetan, pero que ella no lo haga nos está generando dificultades".

En la medida en que los contenidos de estos tres modelos se adaptan a las preferencias del otro cónyuge, algunas conductas van a ser reforzadas y otras descartadas; de ese modo podemos decir que se constituye un nuevo sistema familiar. La evolución de la pareja no se detiene nunca: la meta es la madurez, entendida como un continuo proceso dinámico de avance, donde la existencia de vínculos maduros es un requisito imprescindible para garantizar la estabilidad de la pareja. Los vínculos deben forjarse en torno a los tres elementos que Sternberg (1999) señala como integrantes del "triángulo del amor": compromiso, intimidad y pasión que, a su vez, pueden completarse con los dos que cita García Vega (2001): interés y afectividad como integrantes del "pentágono del amor" (Ríos, 2006).

Lucía es una mujer de 42 años, que presenta un trastorno bipolar. Ha tenido varios ingresos. Comenta que desde el primero, que fue un mes antes de casarse, la familia de su marido hizo lo posible para que no se casaran, "pero estábamos muy enamorados, hablamos sobre ello, nos informamos sobre mi enfermedad y si ésta podía afectar a nuestros futuros hijos. Él me ha acompañado en todo mi proceso; tenemos dos hijos de diez y ocho años, como pareja seguimos funcionando bien, seguimos enamorados, ahora incluso su familia colabora si yo estoy descompensada o necesito ingresar…".

En esta viñeta apreciamos que el pentágono del amor que existe entre Lucía y su marido estaba presente desde los inicios de la formación de la pareja y que persiste, pese a las dificultades debidas a su enfermedad.

El primer embarazo merece mención especial, ya que es un suceso de vital importancia en la relación de la pareja. Este acontecimiento produce considerables alteraciones en los roles, en especial para la mujer en lo que a

profesión y maternidad respecta; generalmente, estos factores encierran menos relevancia en embarazos posteriores. Esta situación moviliza a la pareja hacia la siguiente etapa del ciclo vital familiar.

Familia con hijos pequeños

El nacimiento del primer hijo transforma el subsistema conyugal en el subsistema parental. Los cónyuges afrontan la tarea de aceptar e incluir un nuevo miembro en el sistema familiar y de incorporar nuevas funciones relacionadas con la crianza. Es este el momento en el que el hombre debe asumir su paternidad, ya que el compromiso de la mujer comenzó durante el embarazo. Otra tarea importante de la pareja es mantener al niño fuera de “coaliciones intergeneracionales” ya que es frecuente que los conflictos no resueltos entre la pareja se desplacen a la crianza del niño.

La entrada de un hijo en la relación de la pareja puede tener un efecto muy significativo en el nivel de intimidad físico y emocional. En muchos casos, la satisfacción de pareja disminuye después del nacimiento del primer hijo (disponen de menos tiempo para estar solos, las demandas físicas del nuevo miembro requieren gran atención…). Por ello, la asunción de nuevos roles parentales es fundamental.

En relación con las familias de origen, habrá que modificar las relaciones preexistentes para incorporar los roles de abuelos, tíos, etc., renegociando contactos y fronteras y estableciendo progresivamente en qué manera los miembros de las respectivas familias de origen van a intervenir en el proceso de crianza sin interferir con los padres. Asimismo, se tendrán que modificar las pautas de crianza a medida que el bebé vaya adquiriendo habilidades, como son el lenguaje, la marcha, etc.

En esta etapa es probable que nazca otro hijo, estableciéndose el subgrupo fraterno, que obligará a modificar las pautas de crianza instauradas anteriormente.

Marta tiene 26 años; refiere que desde que ha nacido su hija, que ahora tiene 9 meses, se encuentra amargada. “Mi marido se pasa todo el día en el trabajo y los fines de semana si no sale con sus amigos, se sienta en el sofá con malas caras, no se hace cargo para nada de la niña, sólo para jugar con ella, no le ha cambiado el pañal ni un día, dice que ya están sus padres que me ayudan por

él, no comprende que aunque me ayuden le necesito a él. Me ha decepcionado, es un inmaduro, yo no quiero un padre así para mi hija y encima sus padres le tratan como a un niño, le justifican, vienen a casa cuando quieren; no puedo más con esta situación”.

Familias con hijos adolescentes

El periodo de la adolescencia suele ser turbulento para los adolescentes y para el resto de la familia, apareciendo conflictos entre padres e hijos e incluso entre la pareja. Es el momento de comprender la importancia y el papel que cobra en la vida del adolescente el grupo de iguales, ya que es un sistema con sus reglas, pautas y valores propios. Por lo tanto habrá que resolver las demandas que van a surgir por parte del adolescente como son el cuestionamiento de la autoridad de los adultos, la necesidad de ejercer su propia autoridad, la toma de decisiones de forma independiente, etc. Es el momento de aceptar su autonomía, pero manejando adecuadamente sus límites (con posibilidad de renegociarlos progresivamente), permitiendo que los adolescentes tengan su propio espacio para experimentar y equivocarse, y facilitando que puedan recurrir a sus padres si lo necesitan. El éxito en el paso por esta etapa de crisis requiere una gran flexibilidad en las transacciones emocionales, que permitan la progresiva independencia de los hijos.

No debemos olvidar que en esta etapa los padres a su vez están pasando por la crisis de la edad media (incertidumbre de no ser ya joven, evaluación de todo lo realizado hasta el momento), por lo que será necesario reacomodar la relación conyugal y parental, preservando un espacio de intimidad conyugal frente a las exigencias de lo parental.

Finalmente, hay que considerar a la generación precedente (abuelos), ya que en esta etapa de su propio desarrollo individual empiezan a ser frecuentes los problemas de salud, las situaciones de incapacidad, las depresiones, etc.

Belén, una mujer de 46 años, se define como hipocondríaca y muy preocupada por todo lo que pasa a su alrededor, “aunque no tenga nada que ver conmigo, sufro”. Tiene un hijo de 19 años y una hija de 12, “vivo con mucho miedo, creo que les va a pasar algo. El mayor está enfadado conmigo porque dice que no le llame al móvil cuando sale por las noches, lo hago unas cinco veces hasta que llega a casa, si no me lo coge lo paso fatal, me han dado varias crisis de

ansiedad, incluso en la primera hubo que llamar al SAMUR, yo necesito saber si está bien. Mi marido dice que soy una exagerada y se pone de parte del chico, siento que no me hace caso, incluso ha llegado a amenazarme con que si sigo así se separa de mí, dice que el chico tiene que vivir su vida y después tendrá que hacerla la niña. Yo no consigo verlo así, sé que debería ser de esta manera, pero para mí es insufrible”.

El despegue de los hijos

Este período comienza cuando el primer hijo adulto joven se independiza abandonando el hogar y acaba cuando el “nido” se queda vacío. Los hijos han creado sus propios compromisos e intereses fuera del hogar: amigos, una carrera, un trabajo, y en muchos casos, una pareja con la que compartir su vida. En esta etapa el funcionamiento del sistema familiar exige la aceptación de la salida de los hijos con las nuevas y múltiples entradas al mismo: se van los hijos, vienen los miembros políticos, llegan los nietos, etc. La nueva organización es ahora una relación entre adultos, quienes han de ir renegociando explícita o implícitamente el modo de relacionarse y convivir. Además, es frecuente el hecho de tener que enfrentarse a la incapacidad y/o la muerte de los propios padres.

Dependiendo de lo adecuado que haya sido el desarrollo de la familia, los hijos estarán preparados para emanciparse y los padres volverán a centrarse en su relación de pareja. La partida de los hijos puede generar un sentimiento de soledad y de vacío en los padres, y especialmente en la madre, cuando ella ha sido la principal cuidadora, pues se siente “jubilada” de su función materna. Es el momento de generar un reencuentro entre los cónyuges para afrontar la etapa de “nido vacío”. El subsistema conyugal tendrá que enfrentarse nuevamente a un desarrollo individual y de pareja.

Felipe es un varón casado padre de un hijo de 24 años. Siempre ha trabajado de noche; su mujer tenía horario de tarde. Al volver del trabajo llevaba a su hijo al colegio y luego se acostaba, comían los dos juntos y pasaba toda la tarde con él ayudándole en las tareas; considera que se ha encargado él más de su hijo que su mujer. El hijo se ha marchado de casa con su pareja hace tres meses y Felipe comenta que desde entonces tiene una sensación real de vértigo, como un mareo continuo. “Yo creía que mi mujer lo iba a pasar mal porque

quería que se casara y no lo ha hecho, pero la veo tan contenta, sale con sus amigas, está encantada con su nuera y a mí todo me da vueltas”.

La familia en la vejez

En este periodo la pareja se enfrenta a nuevos desafíos como la jubilación, su reencuentro, la enfermedad y la proximidad de la muerte. Debe afrontar cambios no sólo en lo individual sino también a nivel familiar. El relevo generacional es inminente, por lo que es necesario traspasar el rol directivo a los hijos y explorar nuevas opciones de roles familiares y sociales. Las parejas que han ido creciendo a lo largo de su ciclo vital, tanto de forma individual como familiar, experimentarán en este momento un sentimiento de libertad y un reforzamiento de su relación conyugal.

Una de las particularidades de esta fase es el hecho de ser abuelos. La relación abuelos-nietos tiene una connotación especial, ya que no se ve complicada por las responsabilidades, obligaciones y conflictos inherentes a la relación padres-hijos: el contacto es más libre y placentero con los nietos que el que existía con los propios hijos.

Llama la atención cómo en esta última etapa las referencias a la muerte en los distintos modelos del CVF son sumamente discretas. Es este un momento de intenso estrés; la pérdida de la pareja expone al superviviente a una gran soledad y a un nuevo rol, necesitará ayuda y cuidados ante el desamparo que siente y tendrá que indagar sobre posibles tareas que le hagan sentirse útil. La familia, a su vez, se tiene que enfrentar a una nueva y difícil situación: cuidar o delegar los cuidados de los padres enfermos o ancianos. En este momento también hay que enfrentarse a la elaboración del duelo. Los estudios de Walsh y McGoldrick (1991) abordan el impacto ocasionado en el CVF por la muerte y el duelo no resuelto.

Manuel es un varón de 68 años, viudo desde hace un año y medio; estuvo casado 46 años con su mujer. Desde que ésta enfermó de cáncer hace cinco años ha estado cuidándola, incluso solicitó la jubilación anticipada para dedicarse a ella. También recibió gran ayuda de sus hijos, pero comenta: “desde que ella falleció no levanto cabeza, lo único que me apetece es estar en la cama. Echo de menos a mi mujer, he puesto sus fotos en el salón, en la habitación, necesito verlas. Mis hijos están muy preocupados; me han llevado

al médico y me ha puesto pastillas para la depresión. Tengo a todos revueltos, sobre todo a la pequeña que está embarazada y la veo muy preocupada conmigo".

2.4. Nuevas aportaciones al modelo clásico del CVF

El modelo que se acaba de exponer describe la visión clásica de las fases del ciclo vital familiar, que debe ampliarse para tener en cuenta la diversidad de configuraciones familiares actuales y la influencia de variables culturales, étnicas, de género, etc. A continuación se presentan estos factores:

Divorcio

El número de divorcios se ha incrementado en las últimas décadas, existiendo una mayor normalidad en la aceptación del mismo. Atravesar la crisis del divorcio no significa necesariamente la instalación de una patología en el sistema familiar o en alguno de sus miembros; sólo existirá patología cuando se presenten actitudes de manipulación, rigidez o de resistencia al cambio que implica toda separación. Al igual que en la resolución de otras crisis, puede ser una oportunidad para crecer.

Alba tiene 23 años, ha finalizado sus estudios universitarios y asiste a tratamiento por ansiedad tras haber sido atracada en la calle. Al realizar la evaluación diagnóstica refiere que sus padres se separaron cuando ella tenía 10 años y al preguntarle por este hecho refiere que: "fue un mazazo cuando mis padres me dijeron que se separaban, pensaba que me iban a abandonar; pese a que no han tenido nunca buena relación, jamás he sentido que esto para mí fuera un problema, nunca me he sentido desorientada por este hecho, siempre me he sentido querida y apoyada por ellos, incluso creo que soy más madura que algunas compañeras que no han vivido esta situación".

Género

En todos los modelos psicológicos de desarrollo que se elaboraron hasta los años 70, sobre todo los formulados por teóricos varones (Freud, Erikson, Kohlberg, Piaget…), los valores femeninos son obviados o considerados propios de un esquema de desarrollo exclusivamente femenino, en relación a representaciones, normas y valores sociales de su época.

En la década de los 80, autoras como Carter y McGoldrick, introdujeron una perspectiva de género al estudio del CVF, visibilizando cómo las mujeres han

vivido de manera muy diferente a los hombres el ciclo vital familiar. Su socialización y los estereotipos sexuales no han sido solamente diferentes sino desiguales, sometiéndolas a un comportamiento de dependencia del hombre, donde ser mujer significaba no poder vivir ciertas etapas que hoy se viven con naturalidad (en algunas sociedades) respecto a la emancipación de las jóvenes. Tradicionalmente la mujer pasaba de la autoridad paterna a la conyugal, sin poder emanciparse. Tampoco era frecuente sustentar una familia monoparental que, debido a la inexistencia del divorcio, sólo se podía realizar en condiciones de viudedad y normalmente conllevando grandes penurias económicas.

El papel de la mujer ha cambiado, su participación activa en el mundo laboral, en el desarrollo de su profesión, en lo social, político y cultural, así como el acceso al control de la natalidad, ha producido grandes cambios. En las últimas décadas la mujer ha aplazado la vida en pareja; puede decidir tener hijos, no tenerlos o aplazar el primer embarazo. Aunque el reparto de funciones en la familia ha ido cambiando y va existiendo una mayor implicación de los hombres en el cuidado de los hijos, la conciliación laboral y la crianza sigue concibiéndose como una tarea propia de las mujeres, haciendo adaptaciones en su trabajo o recurriendo en frecuentes ocasiones a la ayuda de los abuelos, lo cual está creando nuevos patrones de relación familiar, que por supuesto, han modificado la vivencia del CVF.

Familias monoparentales

En estas familias**,** un progenitor convive con y es responsable en solitario de sus hijos e hijas menores o dependientes. La mayoría de estas familias tienen su origen en un divorcio o en el fallecimiento de uno de los padres, aunque se está produciendo un incremento de mujeres solteras que deciden tener hijos o adoptarlos en solitario. Recientemente hay un número creciente de padres que por diferentes circunstancias asumen el cuidado cotidiano de sus hijos, encontrándonos con hombres solteros que deciden ejercer una paternidad en solitario, bien sea bajo la forma de acogimiento familiar, adopción o asumiendo la custodia de hijos fruto de una anterior relación. Con frecuencia se da el caso de madres o de padres inmigrantes que aunque sea temporalmente se hacen cargo en solitario de sus hijos hasta que consiguen la reagrupación

familiar. No debemos olvidar que también constituyen un núcleo monoparental en una familia más amplia, adolescentes con un bebé o una madre (sin pareja) con hijos que viva con sus padres.

Las variadas circunstancias económicas de estas familias, así como los diferentes contextos ideológicos y culturales en los que estén inmersas van a hacer muy diferente la vida de las familias monoparentales en función de que el adulto responsable sea un hombre o una mujer, debido a las asimetrías que condicionan, bajo prescripciones de género, modos de vida muy desiguales entre los sexos.

Familias homoparentales

Desde el año 2005, al haber sido reconocida legalmente la constitución de familias homoparentales, se ha incrementado en nuestra sociedad la visibilización de parejas de gays y lesbianas, muchas de ellas sin hijos y otras con hijos, bien biológicos o adoptados.

González y López (2005) han encontrado en sus investigaciones sobre las familias homoparentales que han estudiado en España, que éstas constituyen un buen contexto para un adecuado desarrollo infantil y adolescente. Estos estudios han desvelado que el desarrollo psicológico de estos niños está discurriendo por cauces sanos y armónicos, no difiriendo sustancialmente de sus compañeros que conviven con padres heterosexuales.

Situación económica

La coyuntura económica de las sociedades y la situación particular de cada familia pueden generar diferencias dentro del CVF. Esto podemos apreciarlo al constatar cómo actualmente se ha prolongado el tiempo de escolaridad, formación profesional y la realización de estudios superiores complementarios de los jóvenes, aumentando el período de la adolescencia. Esta coyuntura también implica dificultades de los jóvenes para incorporarse al mundo laboral y cuando lo hacen es en condiciones de contratación inestable y con bajos ingresos, lo cual está postergando sus proyectos de vida y de futuro, dilatando el tiempo de permanencia en el hogar y generando dificultades y demoras para la emancipación y para formar una nueva familia.

Con esta coyuntura económica también nos estamos encontrando con más casos en los que la familia nuclear vuelve a convivir con los abuelos, bien

porque los ingresos de éstos son escasos y no pueden mantenerse solos o bien porque los abuelos suponen una ayuda a la economía familiar, probablemente debilitada por la permanencia en el paro de uno o varios de sus miembros.

Asimismo, en los últimos años la esperanza de vida se ha incrementado considerablemente; existe un aumento progresivo de personas mayores y nos encontramos con la existencia de un envejecimiento activo, es decir, mayores que participan en aspectos de la vida familiar y comunitaria y por otro lado un envejecimiento patológico y el consecuente aumento de las situaciones de dependencia.

Como consecuencia de la suma de la situación económica y del incremento en la esperanza de vida, encontramos familias en las que existen hijos jóvenes sin poder abandonar el hogar, conviviendo con sus padres y al mismo tiempo con algún abuelo, que posiblemente sufra alguna enfermedad crónica.

Diferencias culturales

Los modelos teóricos supuestamente normativos se han elaborado teniendo como referencia a familias blancas, heterosexuales y de clase media. Pero hoy las configuraciones familiares y las distintas etapas del CVF son también producto de la influencia de las distintas etnias, culturas y religiones con las que nuestra sociedad ha interactuado en las últimas décadas y que han contribuido a aportar nuevos elementos al CVF. Desde los años 80 han surgido críticas a los modelos del CVF en etapas (p.ej., Falicov, 1991; Keith y Whitaker, 1991). Además estos modelos tampoco tienen en cuenta que el desarrollo familiar implica casi siempre transiciones múltiples y simultáneas. Podemos afirmar, pues, que el modelo del CVF tradicional está perdiendo su capacidad para representar en toda su complejidad las fases por las que se transitan los estilos de vida y los diversos tipos de familia.

Magali es una mujer peruana viuda de 48 años. En el momento en que asiste a consulta conviven en el mismo hogar su madre de 66 años, enferma, sin recursos económicos y que se ha traído a España hace dos años, y su hija de 31 con su marido y sus dos hijos (nietos de Magali), de 9 y 7 años. Tras haberse quedado la pareja en paro y sin recursos económicos han sido acogidos hace ocho meses por la paciente. Ella comenta: "traer a mi mamá me ha ayudado a superar la muerte de mi marido, está enferma pero me ayuda y nos damos

paseítos juntas, he estado tantos años sin ella que la estoy disfrutando ahora de ancianita; al venir mi hija ya tenemos que estar pendientes de su marido; mis nietos son una bendición, pero hay que estar enfadándose si ven mucha televisión, si no quieren hacer sus tareas, el mayor no quiere ir a la escuela… Acabo cansada y triste muchos días…”.

Las dificultades económicas han hecho que esta familia se reagrupara en torno a la paciente, que es la que mantiene el hogar en este momento. Podemos apreciar cómo se han superpuesto distintas etapas del ciclo vital en los dos últimos años, alterando el equilibrio que estaba intentando conseguir tras su viudedad.

Hay culturas en las cuales la familia tiene una mayor continuidad, en las que la adolescencia se prolonga y otras en la que prácticamente no existe; culturas en las que los abuelos participan en la crianza de sus nietos y no hay nido vacío y otras en las que jubilarse puede ser catastrófico por la inseguridad económica y la falta de protección social en un momento en los que el riesgo para la salud es mayor.

Julio es un paciente de 62 años, casado y con dos hijos, uno de ellos independizado y el menor de 25 conviviendo en el hogar familiar. Éste es mal estudiante, ha cambiado varias veces de carrera universitaria sin finalizar ninguna. Julio, después de jubilarse, empieza a manifestar síntomas depresivos con ideas de ruina. En la sesión, al preguntarle por su relación con su hijo pequeño manifiesta: "le veo incapaz de centrarse en su carrera, siempre ha ido mal en los estudios, pero es un chico feliz, tiene amigos, sale bastante, es muy bromista". Esbozando una sonrisa dice de él que "es un eterno adolescente, ahora mi preocupación no es él, me preocupa que con mi pensión no estemos tan bien de dinero como antes…".

En esta viñeta apreciamos dos situaciones coexistentes: la adolescencia prolongada del hijo y la jubilación paterna, que han generado inseguridades e ideas de ruina en el paciente.

3. El desarrollo familiar

Como vemos, las familias no tienen un curso lineal, no empiezan ni terminan, sino que se continúan como una espiral con el nacimiento de nuevos miembros y la muerte de otros. Los eventos familiares son configuraciones

repetitivas que se suceden a lo largo de la vida de la familia, incluso de sus sucesivas generaciones; las etapas evolutivas vinculadas a su crecimiento contienen procesos tanto de continuidad como de cambio.

Las transiciones normales entre etapas constituyen un momento privilegiado de cambio que por lo general flexibiliza la estructura familiar y genera nuevas posibilidades. También se pueden generar disfunciones transicionales, que pueden conducir a conflictos más prolongados.

Golan (1998) ve las transiciones como periodos de incertidumbre y cambio que se dan entre otros periodos de mayor certeza y estabilidad.

Cowan y Hetherington (1991) concretan más, y consideran que para que se dé una transición, es necesario que exista una reorganización tanto de la vida interna (cómo los individuos entienden y sienten sus vidas y el entorno) como del comportamiento exterior (reorganización de la vida de los individuos y de sus relaciones). Son cambios respecto a cómo el individuo se comprende a sí mismo y al mundo, y cómo reorganiza los niveles de competencia no sólo personales y familiares, sino también adoptando roles en las relaciones con los demás.

Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías, se reviven conflictos irresueltos. Estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar, la adaptabilidad, los rituales de transición, los mecanismos de manejo y hasta el significado atribuido a las diferentes etapas del CVF.

Autores como Beavers y Hampson (1995) y Breunlin (1989) han elaborado modelos activos del desarrollo familiar (que exponemos a continuación), que contrastan con los modelos estáticos tradicionales y facilitan una comprensión de las transiciones.

3.1. El modelo de Beavers

Considera el desarrollo familiar como una evolución en forma de espiral entre dos polos: *centrípeto-centrífugo*. Estos términos describen organizaciones de la familia y estilos relacionales que deben ajustarse a las

necesidades de sus miembros y que se modifican a lo largo de su vida. Las familias en su *configuración centrípeta* focalizan sus intereses principalmente en los acontecimientos intrafamiliares, estableciendo límites muy fuertes hacia lo externo, mientras que internamente estos límites son muy permeables. En la medida que la familia evoluciona hacia la individuación de los hijos, evoluciona hacia una *configuración centrífuga*, que culminará al final de la adolescencia, cuando los hijos se hacen adultos jóvenes.

A lo largo del tiempo las fronteras familiares se modifican de manera regular y predecible. El nacimiento de un hijo puede activar la configuración centrípeta de la familia: la familia extensa se reagrupa, ya que "nacen", además del niño, los padres, los abuelos, los tíos, etc. Estos cambios son profundos, pues implican nuevos roles y asumir una reorganización de la identidad. Esta configuración familiar es adaptativa y necesaria en las fases tempranas de la crianza de los hijos, lo mismo que en toda situación que amenace la vida de algún miembro y/o la integridad de la familia.

Víctor acaba de tener a su primer hijo y desde que nació el niño se siente extraño, recibe críticas tanto de su madre como de su mujer respecto a la crianza del niño, "dicen que no sé calmarle, que le pongo más nervioso. Mi mujer no quiere tener intimidad conmigo, nuestra relación ha cambiado tanto y la siento tan distante, que siento una gran soledad dentro de todo el barullo que hay en mi casa, sus padres, los míos… Pienso que todo ha cambiado desde que nació el niño, mi mujer me ha mandado al psicólogo, dice que no me entiende, que estoy celoso. Me siento culpable de estar así, porque yo verdaderamente quiero a mi hijo".

En familias con adultos jóvenes la configuración es centrífuga. Los límites alrededor de la familia son más permeables, pero los límites entre sus miembros están mejor definidos y son más fuertes, por lo que se privilegia la individuación, autonomía, identidad personal e independencia. Se establecen relaciones íntimas y actividades fuera de la familia, aumentando con ello la distancia emocional y la autonomía entre sus miembros.

Pilar es una mujer de 53 años, tiene un hijo de 24 que se ha ido a trabajar a Alemania y una hija de 20 que está en Italia estudiando con una beca. Ella está orgullosa de los éxitos académicos y laborales de ambos, "yo siempre he dado

importancia a los estudios, a que sepan hablar varios idiomas, pero ahora que están lejos, no sé con quién se relacionan, cómo se enfrentan a lo cotidiano, a lo doméstico, no creo que puedan ser independientes ni autónomos, pienso en ellos y me entra angustia, sin embargo, veo que les he educado para ello".

Si la configuración predominante en la familia es centrípeta, es posible que en un momento en el que se precise mayor distancia y diferenciación, es decir, un movimiento centrífugo, aparezca la disfunción y, por tanto, la posibilidad de enfermar. El período de la adolescencia sería un ejemplo: si la familia, ante la amenaza que puede representar este periodo para su estabilidad, se cierra y no flexibiliza sus fronteras, es muy posible que aparezca algún síntoma familiar (el adolescente con un trastorno de conducta, una crisis de pareja, una madre deprimida, un padre infartado, etc.). Aparecen síntomas en un miembro cuando no se puede lograr el cambio necesario por la transformación apropiada y suficiente de la estructura familiar.

Esta configuración centrípeta la podemos observar en la familia de Antonio e Isabel que son padres de dos hijas, de 17 y 15 años. Asisten a consulta tras un intento autolítico de la hija mayor. Ambos se definen como una pareja correcta, exigentes en la educación, que han supervisado continuamente los estudios y amistades de sus hijas y que consideran que su hija mayor todavía no está preparada para realizar ciertas actividades, entre ellas, tener un novio o irse de viaje con las compañeras del colegio. La hija mayor comenta: "agradezco mucho todos sus desvelos, son muy buenos padres, pero necesito respirar, salir con mis amigos, tener la responsabilidad de mi vida sin que estén comentando continuamente si debo hacer esto o lo otro, me hacen sentir culpable si me equivoco".

3.2. El modelo de Breunlin: la teoría de la oscilación

Breunlin (1989) reconoce que el ciclo vital debe ser un esquema que sirva de marco de referencia a la terapia familiar y para ello propone un nuevo modelo, el de la *teoría de la oscilación*. Esta teoría rechaza la distinción que se da en las transiciones entre cambios de primer orden (graduales, lineales, conservadores de las reglas que se aplican a las habilidades ya existentes y donde se desresponsabiliza al individuo…) y los de segundo orden (bruscos, discontinuos, modificadores de las reglas, que crean habilidades nuevas y se

atribuye la responsabilidad al individuo…). Propone que las transiciones no ocurren como funciones escalonadas en las que se dan saltos de una forma discontinua de un nivel de funcionamiento a otro, sino que se producen a través de una oscilación entre niveles de funcionamiento, donde coexistirán durante un período de tiempo nuevas y antiguas secuencias de comportamiento y existirá un movimiento adelante y atrás entre lo antiguo y lo nuevo.

Estas oscilaciones son características inevitables en toda transición. En una familia normal, esas oscilaciones se amortiguan cuando el nivel de funcionamiento superior predomina y reemplaza a un nivel de funcionamiento previo. Los síntomas aparecerán y se mantendrán cuando la familia, para dar paso a una transición, estabiliza una oscilación en el tiempo.

Breunlin rechaza la distinción entre etapa y transiciones e in–corpora un nuevo concepto: *microtransiciones*, que hacen referencia a los progresos en el desarrollo individual que facilitan cambios en la familia. Estas microtransiciones serían como cada uno de los momentos cruciales de una transición que nos llevan, paulatinamente, al cambio de estado. Es la competencia (habilidad) de cada miembro de la familia lo que cambia en el curso del CVF, posibilitando así el desarrollo familiar. Las oscilaciones se expresan en función de esta competencia y pueden observarse como un balanceo entre conductas muy competentes y muy incompetentes.

La viñeta siguiente puede ayudarnos a comprender esta explicación:

Juana tiene 34 años, siempre ha trabajado en la limpieza y se ha dedicado al cuidado de sus padres. La madre tiene Alzheimer, el padre ha fallecido hace un año tras padecer una larga enfermedad. A los pocos meses del fallecimiento, su hermana menor le comunica que es lesbiana y que su proyecto es casarse con su pareja, trasladándose a vivir a la casa de ella; hasta ese momento la paciente creía que era sólo una amiga. Juana viene a consulta por presentar pérdida de memoria, tiene muchas dificultades para realizar las tareas básicas del hogar, no sabe cómo cocinar, se le olvida la medicación que tiene que darle a su madre, se desorienta cuando realiza la compra y no reconoce caminos habituales por donde ella solía pasear.

Apreciamos cómo esta paciente presentaba niveles de competencia adecuados para el momento de su ciclo vital familiar, (independencia

económica, cuidado de personas mayores, actividades sociales…) pero al presentarse una situación vital distinta en la que su familia está realizando una transición (independencia de su hermana, aceptación de la sexualidad de ésta, quedarse sola ante el cuidado de la madre), la paciente comienza a presentar síntomas.

Cuando una microtransición genera una secuencia que regula la conducta de competencia en un nivel menos que competente o más que competente, surge la posibilidad de que se produzca una oscilación. Si la familia se estabiliza en una oscilación aparecerán síntomas (es lo ocurrido en Juana). Esta oscilación se amortigua cuando un número suficiente de microtransiciones produce resultados que regulan la competencia en un nivel adecuado. La teoría de la oscilación propone que un síntoma surge como resultado de la incapacidad de la familia para regular la conducta en un nivel de competencia apropiado. El síntoma puede aparecer como una metáfora de la oscilación, una tentativa de solución o una manifestación de sus extremos (tras realizar entrevistas con Juana y su hermana y posteriormente incluyendo a la pareja de ésta, se amortiguó la oscilación).

Las microtransiciones, según Breulin pueden tener tres desenlaces:

1. La secuencia continúa regulando la conducta en un *nivel de competencia pretransicional*, de modo que un nivel que antes pudo ser apropiado, con el tiempo se vuelve inapropiado.

En el caso que ilustramos, Juana podría presentar más conductas de aislamiento, de incapacidad de cuidado de su madre y de incompetencia laboral, quedándose instalada en esa oscilación de posibles síntomas depresivos o de pseudodemencia que impidan la transición.

2. La secuencia regula la conducta en un *nivel de competencia superior al apropiado*.

Juana, para la cual el fallecimiento de su padre y el anuncio de boda y traslado de su hermana fueron impactantes, podía haber seguido trabajando fuera de casa y cuidando sola a su madre, lo cual habría tenido un coste psíquico para ella.

3. La secuencia regula la conducta en un *nivel de competencia apropiado.*

Juana elaboró el duelo del fallecimiento de su padre, superó sin dificultades

la “sorpresa” de la identidad sexual de su hermana y pudo gestionar con ella acuerdos respecto al cuidado de su madre. Para ello buscaron una residencia cercana a la vivienda habitual, a la cual Juana iba todos los días a acompañar a su madre. La hermana iba varias tardes a la semana coincidiendo con la paciente y los fines de semana comía en el nuevo domicilio de su hermana.

Puesto que un síntoma es la manifestación de una oscilación, las intervenciones en terapia se centraron como indica Breunlin en el amortiguamiento y eliminación de la oscilación, para así restaurar el desarrollo normal y eliminar el síntoma.

4. Las crisis familiares

En la década de los 60 Caplan y colaboradores definieron la crisis familiar como cualquier experiencia que exigiese a sus miembros hacer cosas hasta entonces ajenas a su repertorio cómodo. Comprobaron que las crisis, sea cual sea el estresor que las provoque, se parecen mucho entre sí, y las presentaron como un periodo transicional que es tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como un peligro por la mayor vulnerabilidad al trastorno mental. Erikson (2000) constató que la transición entre etapas se realizaba en unos períodos de características especiales a las que denominó *crisis evolutivas*. También definió las *crisis accidentales*, en las que bruscamente y por casualidades de la vida, se rompe la provisión de aportes básicos y dejan de ser efectivos los procedimientos de afrontamiento utilizados hasta entonces.

Los esquemas del desarrollo familiar presentados anteriormente, describen los cambios producidos en las familias en circunstancias normales. Los que se exponen a continuación nos ayudan a entender cómo reaccionan las familias cuando se enfrentan a circunstancias excepcionales, estableciendo una tipología de crisis familiares (Pittman) y un modelo para entender cómo las familias afrontan las circunstancias estresantes (Hill).

4.1. El modelo de Hill

El esquema más conocido para estudiar el estrés familiar y su afrontamiento es el de Hill: el modelo **ABC-X** (Hill, 1949, 1958; McCubbin y Patterson, 1983), en el que **A** representa el hecho estresante, **B** los recursos de la familia para afrontarlo, **C** la interpretación que da la familia al hecho y **X** el resultado o estado de la crisis.

Federico tiene 54 años; ***(A)*** *su empresa ha quebrado recientemente. Refiere una situación económica muy delicada porque tiene muchos créditos desconocidos por su familia, créditos que ha solicitado para realizar aportaciones a su empresa y también por algunas compras que realizó unos años atrás (un pequeño barco, una casa en una isla y otro tipo de comodidades de las que están disfrutando en familia). "Nunca les he contado cómo es nuestra situación financiera, soy yo el que gestiona la economía". Federico presenta una ideación autolítica muy intensa, siente que va a defraudar a su familia y no se atreve a decirles nada. Se convoca una entrevista familiar en la que Federico se atreve a exponerse delante de su mujer y de sus tres hijos varones de 22, 20 y 17 años.*

(B) *A lo largo de la entrevista todos se muestran muy sorprendidos y afectados, pero sobre todo les afecta oír los sentimientos de Federico. Toda la familia responde al unísono y generan alternativas viables que tranquilizan y emocionan considerablemente a Federico****. (C)*** *Refieren sentirse culpables pues quizá ellos han llevado un ritmo de vida elevado, sin preguntarse si era posible o no, recriminan a su padre el no haber tenido confianza en ellos para comentarles las dificultades.* ***(X)*** *Se realizó una segunda entrevista con Federico en la que verbalizó que se encontraba muchísimo mejor; contar con su familia había sido un alivio, además todos gestionaron sus gastos e hicieron aportaciones sobre lo que era prescindible en la familia.*

4.2. Tipología de crisis familiares de Pittman

Para Frank Pittman (1989), se padece una crisis cuando una tensión afecta a un sistema, provocando cambios que permiten la adaptación. Las crisis son como marcadores que separan los períodos de estabilidad y que ineludiblemente forman parte de la vida, trasladando al sujeto y a la familia a otro nivel de madurez. En cada estadio de desarrollo es inevitable una crisis de algún tipo. La familia tiene la obligación de adaptarse al funcionamiento cambiante o al estado emocional de la persona que entra en la nueva etapa de desarrollo, aunque a veces la respuesta sea demorar el cambio, e incluso castigarlo y evitarlo. Pittman (1991) propuso la existencia de crisis específicas para cada transición y etapa y las concretó en cuatro tipos generales: *por golpe inesperado, de desarrollo, crisis estructurales y de desvalimiento.*

Crisis por golpe inesperado

En las crisis por golpe inesperado, donde el estrés es manifiesto e imprevisible, lo más sobresaliente es que el golpe tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa del desarrollo individual o familiar, aunque a veces pone en evidencia un problema estructural o una tarea evolutiva pendiente de resolver. La tensión en estas crisis surge claramente de fuerzas ajenas a la familia y se suele recibir ayuda solidaria e inmediata. La culpa es menor que en otros tipos de crisis y por ello, probablemente, las familias tienden a adaptarse bien, no requiriendo generalmente intervención profesional. Podríamos citar como crisis por golpe inesperado las siguientes: enfermedades físicas inesperadas, crímenes, desastres naturales y provocados por las personas, guerra y problemas relacionados con la economía familiar.

María, en relación a su hijo pequeño, refiere: "entramos en casa después de haber pasado una tarde en el parque y la encontramos totalmente destrozada, nos robaron hasta sus juguetes. Desde entonces tiene terrores nocturnos, no puede dormir solo".

Crisis de desarrollo

Son las que ocurren en respuesta a las sucesivas etapas del CVF descritas anteriormente y que tienen que ver con los procesos de madurez. Por lo tanto, tienen el potencial de trasladar al individuo y a la familia a otro nivel de conocimiento y funcionamiento. Evolucionar como familia es natural, como lo es que haya resistencia a adaptarse a las nuevas etapas. Estas crisis son normales, universales y, por lo tanto, previsibles; la clase de cosas que todos deberíamos esperar y para la que deberíamos prepararnos, pero generalmente las familias oponen resistencia como si pudiesen evitarlas a voluntad en vez de adaptarse a ellas. Aunque son previsibles, no pueden prevenirse; normalmente están desencadenadas por factores externos, sobre todo de tipo biológico. Los problemas surgen cuando una parte de la familia trata de impedir la crisis, en lugar de definirla, negociarla y adaptarse. Este tipo de crisis son tratadas con frecuencia en nuestras consultas y lo más eficaz es comprender el momento de desarrollo familiar e intentar coordinar todas las fuerzas que operan en la familia.

Victoria es una mujer viuda de 65 años, presenta tristeza, llanto,

desmotivación, sentimientos de inutilidad y refiere que "deseaba jubilarme para estar con mis nietos, pero hace cuatro meses que me he jubilado y entre el colegio, las actividades extraescolares y los amigos, casi no les veo. Me siento sola, vacía, no sé cómo llenar mi tiempo…".

Crisis estructurales

En este tipo de crisis el estrés surge de la misma estructura familiar, que normalmente presenta una elevada resistencia al cambio; las crisis se producen para evitarlo. Muestran exacerbaciones intermitentes y los precipitantes suelen ser eventos sin importancia. Según Pittman (1989) se distinguen: (1) intentos de suicidio, (2) huidas /regresos del hogar, (3) toxicomanías y adicciones, (4) infidelidad estructural, (5) divorcio estructural, (6) algunas formas de violencia estructural y (7) algunas presentaciones de las enfermedades mentales graves.

Aunque en apariencia sorpresivas, en la mayoría de los casos suelen ser estereotipadas y orientadas a pedir ayuda fuera de la familia, para que se re-estabilice el sistema. La mayoría de las familias verdaderamente patológicas padecen de crisis de este tipo que, como ya hemos indicado, son una llamada de auxilio para que alguien acuda a proteger a la familia de esa disfunción evidente. Podemos afirmar que son las más difíciles de tratar, puesto que suelen ser bien toleradas por la familia y no facilitan el cambio.

Lucía es una mujer casada con dos hijos de nueve y seis años; su queja es una angustia feroz que no la deja respirar, tiene una ideación autolítica muy instaurada, llegando a realizar numerosos actos suicidas, alguno de ellos de bastante gravedad. Refiere no tener ilusión con nada y quiere morirse, se queja de que nadie la entiende en este deseo tan suyo, ni su marido, que siempre la ha encontrado cuando ha realizado un gesto autolítico, ni los profesionales que no respetamos ni le indicamos dosis de fármacos o técnicas eficaces para consumar ese deseo suyo de muerte. Refiere: "soy mala, sé que deberían importarme mis hijos, pero no me importan, lo único que me importa es esta angustia que me atenaza y quiero morirme para descansar, dejarme morir de una vez". Su familia de origen y su marido no se atemorizan ante estas conductas y verbalizaciones y nos llaman a los profesionales sin expresar alarma. Tanto la paciente como sus familiares nos buscan no para tratar la

crisis, sino para que actuemos como agentes "autorreguladores"; ese es su recurso para permanecer estables.

Crisis de desvalimiento

Tienen lugar cuando en las familias con un miembro dependiente o un enfermo crónico se produce un agotamiento del sistema, que suele coincidir con una transición del desarrollo. En estas crisis es frecuente que la familia influya positiva o negativamente en el tratamiento y la recuperación del miembro dependiente. Aquí la familia cumple una doble función: ayudar al paciente y facilitar el trabajo de los profesionales, ya que las crisis de desvalimiento involucran a familias, instituciones y redes de apoyo. Éstas poco a poco se convierten en un sistema de relaciones permanentes, entrando así la familia en un proceso de interacción y adaptación a los programas de tratamiento y rehabilitación y a los profesionales implicados.

Laura es una paciente diagnosticada de trastorno de personalidad, tiene 35 años y está en contacto con nuestro Servicio de Salud Mental desde hace diez. Ha sido atendida por varios profesionales, psiquiatra, psicóloga y trabajadora social, recibiendo distintos tipos de intervención: psicofarmacológica, terapia individual, terapia de familia, terapia grupal para pacientes con TP y también tanto ella como su familia han asistido a un grupo multifamiliar. A lo largo de este proceso ha sido ingresada varias veces en unidades de hospitalización breve y en mini residencias cuando ha necesitado estancias más prolongadas. Como vemos se ha establecido un sistema de relaciones profesionales-familiares que emerge de la situación crítica del paciente; cada uno de los participantes del proceso trata de comprender y actuar en consonancia con sus recursos y todos comenzamos a aportar descripciones, explicaciones, conocimientos técnicos o experiencias, significados, emociones, interacciones, creencias, mitos, sentimientos positivos o negativos, que son traídos desde cada uno de nosotros, profesionales y familiares implicados. Tanto desde el sistema familiar, como desde el profesional, hay un intento continuo de adaptación a los numerosos programas de intervención.

Aún sabiendo que la crisis reaparecerá en cuanto el sistema nuevamente vuelva a agotarse, el tratamiento debe expresar claramente el significado de los problemas, sin desdibujar el foco del significado construido por cada

miembro de la familia y por los profesionales, ni la vivencia emocional del problema. A los familiares hay que prepararles en espera de respuestas psicológicas contrarias por parte de la paciente, que pueden ir desde la inseguridad y ansiedad, hasta el negativismo total, rechazando todo tipo de ayuda, o por el contrario exigiendo atención exagerada. Debemos trabajar estas reacciones, brindando cooperación y comprensión, y evitar por todos los medios que el paciente caiga en un estado de frustración, que sólo genera hostilidad y determina, muchas veces, el fracaso de cualquier relación interpersonal.

5. A modo de reflexión final

El CVF es de gran utilidad para nuestra práctica clínica por su universalidad, ya que todas las familias atraviesan prácticamente las mismas etapas y crisis evolutivas y vivirán transiciones parecidas en sus procesos de cambio.

Al redefinir los problemas de nuestros pacientes en términos de evolución y etapas a superar, atenuamos su ansiedad y sentimiento de culpa y contribuimos a percibir el problema como algo transitorio. La utilización de técnicas como el genograma o la línea del tiempo, es una ayuda facilitadora tanto para la familia como para el terapeuta a la hora de valorar la evolución, los cambios y crisis.

El CVF permite al terapeuta realizar hipótesis sobre la etapa de desarrollo en la que se encuentra la familia, explorar cómo se ha enfrentado a etapas y crisis anteriores, así como evaluar los niveles de estrés producidos en las transiciones previas. Esta evaluación del sistema familiar nos puede proporcionar una visión útil para valorar las habilidades y los recursos que tienen sus miembros, facilitándonos la realización de un diagnóstico diferencial, ya que discrimina de una forma fácil si el problema planteado proviene del estrés esperable de una situación familiar en evolución o bien de un problema con patología clínica.

Por último es muy importante reconocer las nuevas problemáticas que enfrenta la familia y aceptar que la familia tradicional ya no es el único modelo válido. Esto nos libera de juicios y estereotipos en los tratamientos psicoterapéuticos, facilitando así el que podamos seguir pensando nuevos modelos que nos ayuden a elaborar intervenciones terapéuticas más adecuadas

a las características de nuestros pacientes.

6. Lecturas recomendadas

FALICOV, C.J. (Ed.) (1991). *Transiciones en la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu. Interesante manual que a través de varios autores pertenecientes a modelos diferentes (intergeneracional, estructural, sistémico y simbólico-experiencial) nos facilita apreciar los procesos de cambio, conectando sus teorías con la aplicación clínica.

PITTMAN, F.S. (1990). *Momentos decisivos: tratamiento de las familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. Pittman nos ofrece un modelo útil para explicar el funcionamiento de las familias. En este libro presenta una estructura que nos va a permitir integrar el conocimiento que aportan varios modelos teóricos, al mismo tiempo nos proporciona un sistema de abordaje terapéutico de funcionamiento interrelacional y comunicacional.

RÍOS, J.A. (2006). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja. ¿Crisis u oportunidades?* Madrid: Editorial CCS. Libro práctico que a través de explicaciones nada dogmáticas y con la presentación de numerosos ejemplos nos ayuda a dinamizar la terapia de pareja y familia.

SLAIKEU, K.A. (1988). *Intervención en crisis*. México D. F.: El Manual Moderno. Texto valioso para comprender el concepto de crisis, sus clasificaciones y seguir planteamientos para realizar intervenciones terapéuticas.

Bibliografía

BARNHILL, L.R. y LONGO, D. (1978). “Fixation and regression in the family life cycle”. *Family Process*, 17, (4): 469-478.

BEAVERS, W.R. y HAMPSON, R.B. (1995). *Familias exitosas (evaluación, tratamiento e intervención)*. Barcelona: Paidós.

BELSKY, L. (1997). “Early Human Experience: A family perspective”. *Developmental Psychology*, Vol. 17, 3-23.

BREUNLIN, D.C. (1989). “Clinical applications of oscillation theory”. En RAMSEY, C. (Ed.) *The science of family medicine*. Nueva York: Guilford Press.

CARTER, B. y McGOLDRICK, M. (Ed.) (1999). *The expanded family life cycle*.

Individual, family, and social perspectives. 3ª ed. Boston: Allyn and Bacon.
COWAN, P.A. y HETHERINGTON, M. (1991). *Family Transitions*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
DUVAL, E.M. (1957). *Family development*. Filadelfia: J.B. Lippincott.
———— (1977). *Marriage and family development*. Filadelfia: J.B. Lippincott.
ERIKSON, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
FALICOV, C.J. (Ed.) (1991). *Transiciones en la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
GARCÍA VEGA, L. (2001). *El vínculo emocional: crisis y divorcio*. Promolibro. Valencia.
GOLAN, N. (1998). *Treatment in Crisis Situations (Treatment Approaches in the Human Services*. Nueva York: Free Press.
GONZÁLEZ. M. y LÓPEZ, F. (2005). ¿Qué hemos aprendido de las familias homoparentales en España? Ponencia presentada en la *III Conférence Internationale sur l'Homoparentalité*. París, 25 y 26 de octubre de 2005.
HILL, R. (1949). *Families under stress: adjustement to the crisis of war, separation and reunion*. Nueva York: Basic Book.
———— (1958). "Generic features of families under stress". *Social Casework*, 49, 139-150.
HOFFMAN, L. (1989). "The family life cycle and discontinuous change". En CARTER, B. y McGOLDRICK, M. (Eds.). *The changing family life cycle. A framework for family therapy*. Nueva York: Allyn and Bacon.
IMBER-BLACK, E. (1989). "Idiosyncratic life cycle transitions and therapeutic rituals". En CARTER, B. y McGOLDRICK, M. (Eds.). *The changing family life cycle. A framework for family therapy*. Nueva York: Allyn and Bacon.
KEITH, D.V. y WHITAKER, C.A. (1981). "Play therapy: A paradigm for work with families". *Journal of Marital and Family Therapy*, 7 (3): 243-54.
———— (1991). "La presencia del pasado: continuidad y cambio en la estructura simbólica de las familias". En FALICOV, C. (Comp.) *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
McCUBBIN, I.H. y PATTERSON, J.M. (1983). "Family transitions: adaption to stress". En McCUBBIN, I.H. y FIGLEY, C.R. (Eds.). *Stress and the family:*

Vol I. Coping with normative transitions. Nueva York: Brunner/ Mazel.

MINUCHIN, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar.* Barcelona: Gedisa.

MORENO RODRÍGUEZ, M.C. (1996). "La persona en desarrollo: una reflexión acerca de la continuidad y el cambio en la definición de las trayectorias de vida". *Apuntes de Psicología*, Vol. 47, 5-44.

MORENO, M.C. y CUBERO, R. (1990). "Relaciones sociales: Familia, escuela, compañeros. Años preescolares". En PALACIOS, J., MARCHESI, A. y COLL, C. (Eds.) *Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología evolutiva*. Madrid: Alianza.

PITTMAN, F.S. (1989). "Una teoría de la crisis familiar: ideas acerca del estrés y los obstáculos". *Revista de Sistemas Familiares*, 5 (abril), 75-94.

———— (1990). *Momentos decisivos: tratamiento de las familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar, 1ª Edición.

———— (1991). "Crisis familiares previsibles e imprevisibles". En FALICOV, C.J. (Ed.) *Transiciones en la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, p. 357-380.

RÍOS, J.A. (2006). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja. ¿Crisis u oportunidades?* Madrid: Editorial CCS.

SCHAFFER, H.R. (1989). *Interacción y socialización*. Madrid: Aprendizaje-visor

SLAIKEU, K.A. (1988). *Intervención en crisis*. México D.F.: El Manual Moderno.

———— (1990). *Crisis Intervention. A Handbook for Practice and Research*, 2ª ed. Neham Heights, MA: Allyn and Bacon

STERNBERG, R.J. (1999). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona: Paidós.

WALSH, F. y McGOLDRICK, M. (1991). "La pérdida y el ciclo vital familiar". En FALICOV, C.J. (Ed.) *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, p. 429-63.

WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P. y SILVERSTEIN, O. (1991*). La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.

3
La perspectiva de género en terapia familiar sistémica

Cristina Polo Usaola

Índice de contenidos

1. Introducción

Hay diferentes razones que justifican la necesidad de una formación específica en cuestiones de género en profesionales de la salud e intervención psicosocial. De una forma global, la inclusión de la perspectiva de género obliga a revisar las actitudes y pensamientos incluidos en muchas de las teorías explicativas que usamos. Durante décadas se han reforzado creencias que sostenían que existían diferencias naturales e innatas en comportamientos y rasgos de personalidad entre hombres y mujeres y que colocaban a éstas en una posición inferior desde el punto de vista intelectual, moral y biológico. Estas creencias siguen influyendo aún, y contribuyen a que las mujeres sufran una mayor vulneración de los derechos humanos. Así, la discriminación y violencia hacia la mujer es más frecuente en todas las etapas de la vida, desde antes del nacimiento e infancia (aborto por elección del sexo e infanticidio) hasta la vejez (maltrato a las ancianas en mayor medida que a los ancianos). Existen también delitos específicos hacia la mujer, como son la violación, delitos relacionados con la dote, mutilaciones genitales femeninas, tráfico sexual de mujeres, uso de la violencia sexual contra las mujeres como botín de guerra, etc.

En nuestro campo, la inclusión de la perspectiva de género supone hacer consciente el sesgo que conlleva el género en las teorías explicativas que usamos en salud mental, en los diagnósticos realizados y en las propuestas terapéuticas (Sebastián, 2001).

2. Conceptos generales

2.1. Género como construcción social

Durante muchos años la masculinidad y feminidad se han considerado categorías esenciales, sólo derivadas de la biología. El concepto de género se empieza a introducir a mitad del siglo XX para distinguirlo del sexo biológico. Cuando hablamos del sexo de las personas nos estamos refiriendo a características físicas (cromosómicas, hormonales, gonadales, etc.). La introducción del concepto de género permite contemplar las relaciones entre las mujeres y los hombres desde su condicionamiento social, analizando cómo a partir de las diferencias biológicas se han construido toda una serie de diferencias sociales, culturales, políticas, económicas y globales en el ámbito de los derechos humanos. Desde sus primeras formulaciones se llamó género

al “producto de representaciones, espacios, características, prácticas y expectativas que se asignan a los hombres y (sobre todo) a las mujeres a partir de su diferencia sexual y como si fuera algo que derivara naturalmente del hecho biológico del sexo” (Molina, 2008, pág. 261).

Desde una óptica constructivista, la realidad que conocemos acerca del género no es más que un acuerdo social acerca de lo que “realmente es” (Worell y Renmer, 1992). El género es un concepto que varía a través de las diferentes culturas, que cambia a través de la historia y que es diferente según quién hace las observaciones o los juicios. Esa construcción social se integra en nosotros como una imagen de lo que somos como mujeres y como hombres, de cómo debemos comportarnos y de las expectativas de los demás. El riesgo es que si el o la terapeuta no tiene conciencia de estos condicionamientos puede creer que lo que define y estudia “existe” como única verdad.

2.2. Identidad y género

La identidad puede definirse de múltiples formas. Desde una óptica personal, puede definirse como la visión que cada persona tiene de sí mismo/a y de sí como actor/actriz en el mundo, conformándose desde la infancia en un proceso dialéctico continuo activo entre la persona y los elementos de su entorno, en el que la persona selecciona percepciones, y construye significados y representaciones de sí misma, de los demás y del mundo. Es decir, son necesarios aspectos interaccionales del sujeto y el medio para la formación de la identidad (Pérez Sales, 2006).

Las características de la masculinidad y feminidad se han asignado como atributos naturales y ahistóricos inherentes a ser hombre o mujer. Así, los comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, formas de pensamiento, mentalidades, lenguajes, relaciones, etc., se espera que se cumplan de forma diferente en uno u otro sexo. Desde la infancia, el camino para convertirse en hombre o en mujer sigue vías de socialización diferente. Desde posiciones de gran vinculación y dependencia de las figuras significativas, en los niños la meta básica en el desarrollo temprano es conseguir una identidad masculina, identificándose con el padre y separándose de la primera figura cuidadora. Esta formación de la identidad en niños a través de la afirmación de la

diferencia, contribuye a que se fomente la autonomía, independencia y separación. En las niñas, al producirse la identificación con la figura materna, el desarrollo se basa menos en la separación y más en la conexión con otras personas, configurándose la identidad en las relaciones con los demás (Miller, 1992).

Desde que nacemos (incluso antes de nacer) las personas vamos recibiendo mensajes de lo que se espera de nosotras relacionados con ser hombre o ser mujer que poco a poco van configurando nuestra identidad. En la medida en que cumplimos estos mensajes (que van orientando conductas, actitudes y roles) conseguimos ser valoradas por los demás y por nosotras mismas. Sin embargo, el cumplimiento de estas expectativas muchas veces no es posible y provoca malestar.

En nuestra sociedad, los *mandatos de género* de la identidad femenina están marcados por la atribución de una importancia crucial a todos los aspectos que se relacionan con la esfera emocional, los afectos, las relaciones interpersonales y los cuidados. Algunos ejemplos de ellos son (Romero, 2011; Dio Bleichmar, 1991):

- Atender y responsabilizarse de las necesidades y el cuidado de otras personas descuidando, en ocasiones, las propias necesidades.
- Atribución de la formación y el mantenimiento de la relación de pareja como principal fuente de identidad y autoestima. Esta valoración suele asociarse a vivencias de fracaso global como persona cuando se produce una ruptura amorosa.
- La autoestima en la mujer suele construirse a partir de cómo se siente valorada por las personas significativas para ella.

El no cumplimiento de estos mensajes puede producir sensación de fracaso personal y falta de autoestima, constituyéndose como factores desencadenantes de gran parte de problemas de salud mental en las mujeres (depresión, ansiedad, somatizaciones, etc.). Por otro lado, la aceptación total de estos mandatos de género se asocia también a la vulnerabilidad para no detectar y para mantener relaciones con violencia en la pareja. Esto no quiere decir que consideremos que los llamados “mandatos de género” sean de forma global negativos. Coincidimos con Emilce Dio Bleichmar (1991) en que hay que ser

especialmente cuidadosos/as en no desvalorizar conceptos como el altruismo, el cuidado a los demás y la importancia de las relaciones. Trabajar la importancia del autocuidado y la autonomía no lleva asociado el abandono de lo relacional. Quizá el problema es la confusión o la interpretación de la palabra dependencia; lo que llamamos “dependencia afectiva” que ha caracterizado de forma estereotipada a la mujer, ha sido un concepto injustamente peyorativo y descalificado. No es posible concebir una relación amorosa en que no haya dependencia, pero entendiendo por dependencia la necesidad que tiene todo ser humano, por su condición de tal, de ser escuchado, comprendido y reconocido.

Con respecto al “rol cuidador”, a pesar de los cambios recientes y del debate social que existe en torno a los roles de género, la mayoría de los estudios muestran que la responsabilidad del cuidado familiar (personas mayores, hijos/as o discapacitados) lo siguen desempeñando las mujeres. Se ha descrito que cuando en las parejas surgen conflictos en este sentido, la mayoría los resuelven a través de ajustes parciales con gran influencia del contexto social que permitirían que mujeres y hombres adoptaran parcialmente roles y conductas no asociados a los estereotipos correspondientes siempre y cuando no abandonen sus roles propios.

La experiencia muestra que, a pesar de los cambios citados, a las mujeres nos cuesta delegar el poder sobre responsabilidades tradicionalmente femeninas y podemos sentirnos culpables cuando dejamos a otras personas tareas que percibimos como nuestras, especialmente las que tienen que ver con los cuidados. Cabe la excepción de legitimación de la transmisión del rol cuidador cuando éste se pasa a otras mujeres de la familia (por ejemplo de madres a hijas). Los varones, por su parte, suelen percibir que para desempeñar funciones de cuidador necesitan unas habilidades emocionales y conductuales que creen que no poseen (Knudson-Martin y Mahoney, 1996; Martínez Díaz, 2001).

3. La perspectiva de género en salud mental

Demanda

Revisando la demanda que se produce por problemas de salud psicológica y física, encontramos que el motivo de consulta, el tipo de ayuda solicitada, los

factores desencadenantes implicados en los problemas, la frecuentación de servicios, etc., tienen un perfil diferente por géneros. El análisis de la bibliografía psiquiátrica también muestra que existen patologías clásicamente asociadas a uno u otro sexo. Un reciente y exhaustivo análisis epidemiológico realizado en España muestra que las mujeres son diagnosticadas de depresión, ansiedad y somatizaciones y consumen ansiolíticos y antidepresivos en un porcentaje que oscila entre el doble y el triple que los hombres (según grupos de edad); los hombres son diagnosticados de trastornos por adicción y consumo de sustancias con una frecuencia cinco veces mayor que a las mujeres en algunos grupos de edad y presentan mayor frecuencia de suicidios consumados (Velasco, 2009). Las cifras son parecidas a las de otros países de nuestro entorno.

Aunque es fundamental tener en cuenta diferencias genéticas y biológicas de distinta índole que influyen en estos datos, resulta imprescindible considerar que muchas de las diferencias encontradas se relacionan con las diferentes circunstancias sociales entre hombres y mujeres que condicionan el modo de enfermar, de pedir ayuda y de recibir respuesta en el medio sanitario.

Petición de ayuda

En cuanto a la forma de pedir ayuda, las estadísticas muestran que, probablemente por motivos culturales, las mujeres están más predispuestas que los varones a reconocer problemas de salud mental y a establecer contacto con profesionales para buscar atención a estos problemas. Además, cuando consultan tienden más a comunicar verbalmente y a expresar su malestar a través de conductas como el llanto, sentimientos de tristeza, etc. Los varones tienden a demostrar el malestar con irritabilidad e indecisión. Estos síntomas pueden no identificarse por profesionales como signos de “malestar” por lo que podrían estar infradiagnosticados (Márquez et al, 2004). Otros factores que influyen son los diferentes grados de aceptación social del cuadro en función del sexo del paciente (por ejemplo, ante los mismos síntomas una mujer puede ser diagnosticada de personalidad histérica y un hombre de personalidad antisocial) y determinados estereotipos de género presentes en el/la profesional que diagnostica (Sebastián, 2001).

Psicología experimental

En la psicología experimental también se ha señalado la existencia de distintos sesgos. García-Mina Freire (2003) en una excelente revisión sobre el tema, refiere que durante muchas décadas las mujeres apenas han estado representadas en los estudios que se realizaban. Las muestras se componían de varones blancos, universitarios y de clase social media. Esto provocaba que muchos de los conceptos psicológicos se definieran exclusivamente desde el punto de vista de la experiencia masculina. Algunos sesgos metodológicos son la procedencia de los datos, cuantía de la muestra, concordancia diagnóstica de evaluadores, periodo histórico analizado, edad, etc.

Actitudes en profesionales

Con relación a las actitudes en profesionales, algunos estudios realizados entre pacientes que consultaban en Atención Primaria han mostrado que la actitud de los médicos y médicas difiere según el sexo de la persona que consulta. Así, ante los mismos síntomas se prescriben más ansiolíticos, se presta más apoyo psicológico y se piensa más en causa funcional cuando la consultante es mujer (Márquez et al, 2004). Otros estudios realizados en medio hospitalario muestran situaciones parecidas. Por ejemplo, en mujeres hospitalizadas por enfermedades coronarias se ha observado que se realizan menos procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que en varones en similares circunstancias (Valls, 2001).

Como ya hemos señalado anteriormente, consideramos que el género no es un elemento neutral en la interacción que se establece entre terapeutas y consultantes, por lo que la supuesta “neutralidad” respecto al género significaría dejar muchos presupuestos implícitos e incuestionados. Aunque en algún momento podamos tener la idea de que en terapia es posible mantener una posición objetiva, neutral y libre de valores, desde nuestro punto de vista en la intervención es imprescindible que los/las terapeutas tomemos conciencia de nuestra ideología y prejuicios relacionados con el género. No tener en cuenta estos sesgos puede originar que se produzcan variaciones en distintas cuestiones relacionadas con la percepción del problema, el diagnóstico, los objetivos a tratar en la terapia y las explicaciones etiológicas de los síntomas.

Por un lado, existen reacciones diferenciadas de las personas que integran el

sistema familiar en relación al género de los/las terapeutas, y por otro, éstos/as ponen en juego tanto vivencias como creencias de género al interactuar con la familia, transmitiendo sus valores y convicciones, muchas veces sin ser conscientes de ello. Por ejemplo, en intervenciones familiares, los/las psicoterapeutas de forma inadvertida podemos reforzar los estereotipos de nuestra cultura y, en una intervención familiar, pedir al padre posturas más asertivas y asunción del liderazgo familiar, mientras que esperamos que la madre suavice los conflictos.

4. Género y terapia familiar sistémica

Una de las críticas que se ha hecho a la terapia sistémica ha sido haber descuidado durante largo tiempo las diferencias de género y no haber tenido suficientemente en cuenta la posición de subordinación que ha existido en la mujer en el modelo familiar tradicional. En los últimos años esta tendencia ha ido cambiando y la terapia sistémica está incorporando la necesidad de incluir la variable género en la teoría y práctica (Suárez, 2011).

En el ya clásico libro *La red invisible* (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991), las autoras, pertenecientes a uno de los grupos pioneros en introducir la orientación feminista en terapia sistémica, definen tres fases necesarias para incluir la perspectiva de género:

- Definición de un marco de referencia feminista[1].
- Fase de revisión y crítica de la teoría de sistemas, donde se observa ausencia de la perspectiva de género en sus formulaciones. Desde un punto de vista práctico, en esta fase los/las profesionales debemos ser conscientes de las actitudes a evitar en terapia porque contribuyen a mantener roles establecidos discriminatorios.
- Desarrollar intervenciones sistémicas no sexistas y feministas. Ello supone que los presupuestos patriarcales implícitos en las familias sean abordados explícitamente en terapia. Ejemplos de algunas preguntas que surgen en este proceso: ¿La aplicación de esta hipótesis o técnica sirve para cuestionar estereotipos de género limitantes o simplemente los visibiliza y mantiene? ¿Cuál es el metamensaje que transmite determinada intervención? ¿Cómo influye la perspectiva del género del o de la terapeuta en el metamensaje que se transmite? ¿La intervención refuerza una situación sexista discriminatoria

o supone una alternativa?

A continuación presentamos un caso con el que revisaremos algunos de los sesgos de género que, a nuestro juicio, se han obviado en algunos de los conceptos fundamentales usados en terapia sistémica.

Gloria es una mujer de 45 años que consulta en un Centro de Salud Mental derivada por su Médico de Atención Primaria por presentar desde hace un año sintomatología depresiva y ansiosa que relaciona con problemas familiares. Es la tercera hija de 5 hermanos, todos varones. Nació en un pueblo de Galicia, y con 16 años se vino a Madrid a trabajar a una fábrica, donde conoció a Tomás. Se casó con él a los 24 años tras seis años de noviazgo. Tienen dos hijos: Andrea, que tiene 16 años y estudia primero de bachillerato y Raúl que tiene 20 años, y trabaja como jardinero. Tomás trabaja actualmente como fontanero en empresa propia.

Entre los antecedentes médicos de Gloria destaca que es diabética desde hace 20 años (a raíz del embarazo de Raúl) y tiene algunas secuelas por ello: disminución importante de la visión y neuropatías, lo que ha limitado su capacidad funcional. A raíz del nacimiento de Raúl dejó de trabajar. En la primera consulta Gloria se presenta sola y se muestra muy angustiada. Expresa gran preocupación porque su hija Andrea ha cambiado mucho en el último año: no respeta horarios, falta al Instituto, consume alcohol y porros y cuando ella intenta ponerle normas son muy frecuentes las discusiones, llegando a insultarla y a tirar objetos. Anteriormente describe que la relación con Andrea era muy buena, se sentía muy apoyada por ella. Las discusiones casi siempre se producen cuando Tomás no está presente. Comenta que él pasa bastante tiempo fuera de casa y a él le parece que la conducta de Andrea no es especialmente preocupante, acusando a Gloria de ser muy exagerada.

Programamos una entrevista familiar. Tomás presenta el problema como una actitud quejosa y demandante de Gloria ("está histérica, no para de llorar y de gritar…está insoportable…"). Cree que ella exige muchos cuidados y excesivo acompañamiento a Andrea. Andrea expresa malestar por tener que acudir a terapia ("es un problema de mi madre, yo he estado toda la vida cuidándola por la diabetes y ya me he cansado... tengo que hacer mi vida").

4.1. Neutralidad

El concepto de neutralidad, descrito inicialmente por Selvini-Palazzoli y su equipo de la escuela de Milán (1980) implicaba mantener el mismo grado de proximidad y distancia con todos los miembros de la familia y de ese modo permanecer en el nivel de metacomunicación durante la terapia. Otros autores señalan posteriormente que el concepto teórico de neutralidad (incluida neutralidad respecto al género), significa dejar muchos presupuestos patriarcales implícitos e incuestionados. Por ejemplo, para Rojo (Rojo et al, 1993), no se puede hablar de neutralidad en sentido estricto, entendiendo este concepto como fue introducido por la escuela de Milán en 1980, sin tener en cuenta parámetros como el género, raza, clase social, etc.

El problema puede suponer no tener en cuenta la importancia del género en las estrategias relacionales usadas dentro del sistema familiar. Existe el riesgo de que en psicoterapia los instrumentos técnicos usados acentúen situaciones de inferioridad de oportunidades para las mujeres o perpetúen roles sociales que las colocan en situación de desventaja. Habrá que reconocer que el género es una dimensión que va a influir en la percepción de los significados que se da a las intervenciones y que influirá en que las personas se sientan culpabilizadas o respaldadas por dichas intervenciones.

En el caso de Gloria podríamos hipotetizar que es una madre hiperprotectora y dependiente de sus hijos, que ha establecido una vinculación demasiado estrecha y que durante muchos años se ha "beneficiado" de los cuidados de Andrea. Se fue de casa de sus padres a los 16 años y, quizá, ha proyectado con sus hijos un tipo de relación que ella no tuvo. Al sentir que Andrea se plantea una cierta autonomía, Gloria no lo tolera y comienza a hacer síntomas. Nos planteamos trabajar con esta hipótesis inicialmente intentando un refuerzo de la relación de pareja y señalando la necesidad de diferenciación y cambio de la relación por evolución del ciclo vital. Sin embargo, observamos dificultades y riesgos en esta intervención y fuimos introduciendo diferentes variables. Para Gloria la relación con Andrea era una base importante de su identidad y tenía que elaborar esta pérdida. Redefinimos el problema como malestar de Gloria al no poder compartir la experiencia de autonomía de Andrea con ella (y no como un miedo a que se independizara) sin evitar hablar de sentimientos en torno a la pérdida de la relación con Andrea.

Fue de especial ayuda preguntar a Gloria cuestiones sobre su experiencia de autonomía. Recordemos que se fue de casa de sus padres a los 16 años. También resultó útil que pudieran recordar épocas anteriores en las que la relación les resultaba gratificante (transformaciones de narrativas en el tiempo). A través de esta intervención despatologizamos la relación como fuente de conflicto y rescatamos sus ventajas en el desarrollo humano. Sugerimos a Gloria que se vinculara a algún grupo o participara en alguna actividad para favorecer sensación de autonomía a la vez que crearía vínculos con otras personas fuera del entorno familiar.

En relación a Andrea, podemos partir de la idea de que la conducta que Gloria presenta como problemática tiene que ver con su proceso de autonomía y que debemos apoyarla para que continúe en él sin cuestionarle cambios. Sin embargo, probablemente la realización de este proceso, teniendo en cuenta el tipo de relación que tenía con su madre, esté provocando en ella gran carga de sufrimiento y se relacione con las dificultades subjetivas de poder crecer y el miedo a la fusión si no lo hace así. Fue interesante explorar sentimientos de culpa (no se evidenciaban inicialmente en la entrevista pero estaban silentes), miedo a crecer (¿de qué forma en casa le podrían ayudar en esto?). Exploramos también en terapia las ventajas e inconvenientes que había tenido en cada miembro de la familia el papel que Andrea había desempeñado. El caso de Andrea ejemplifica el problema frecuente de una joven que se encuentra dividida entre la voluntad de satisfacer sus propias necesidades y los reclamos, a menudo conflictivos, de las personas que quiere. En terapia a veces se simplifica el problema conceptualizándolo sólo como una dificultad para efectuar la separación. Silverstein (1991) señala que ayudar a las mujeres a alcanzar su autonomía fomentando rupturas y confrontaciones narcisistas no sólo es poco satisfactorio, sino que también tiene el efecto de invalidar lo que las mujeres han aprendido en otras generaciones y en la relación con sus propias madres.

4.2. Fusión y distancia

El tema de la óptima distancia terapéutica ha sido tratado ampliamente en terapia sistémica. Minuchin (1981), por ejemplo, habla de la instrumentación del terapeuta, a través de la cual maneja su proximidad con la familia para

coparticipar con ella. Una postura del terapeuta muy cercana o demasiado lejana puede generar en un momento inmovilidad en el proceso, mientras que en otra ocasión puede ser recomendable. Por ejemplo, a veces algunos miembros de la familia requieren una validación mayor para romper la sensación de no ser escuchados o de que su opinión no importa. En otras ocasiones, cuando detectamos que algún miembro del sistema se siente amenazado por una familia que le impide el crecimiento a través de la sobreprotección, debemos estar atentos a que el tipo de relación terapéutica que establecemos no reproduzca ese tipo de cercanía. Quizá lo más importante sea que el/la terapeuta mantengan una reflexión sobre el momento y los motivos que le llevan a mantener una determinada distancia con cada miembro de la familia, incluyendo el papel que juega la variable género en esa distancia.

En las intervenciones psicoterapéuticas es frecuente que los/las terapeutas centremos más la atención en el papel que las mujeres (especialmente las madres) juegan en la familia, tendiendo a patologizar el tipo de relaciones que establecen con hijos/as y definiéndolas como vinculaciones excesivamente estrechas (lo que provoca en muchos casos la impresión de que es la madre la culpable de la relación disfuncional) y tratando de modo muy distinto al padre distante. El hecho de que sea más difícil que los hombres acudan a terapia hace que los/las terapeutas tendamos a "cuidarlos" más en las intervenciones para evitar abandonos.

Tradicionalmente se ha expuesto como principio neutral de una práctica terapéutica correcta intervenir primero con el miembro sobrefuncionador y más accesible al cambio, y no centrar el tratamiento en el individuo distante. Hay que tener en cuenta que estos términos ("distante", "sobrefuncionador") casi siempre se asocian a uno u otro sexo y es probable que cumplan una tarea social determinada, por lo que no pueden considerarse, sin más, términos neutrales descriptivos de una posición disfuncional. También se ha argumentado que estas técnicas infravaloran a los hombres, en el sentido de que presuponen que éstos son incapaces de prestarse voluntariamente a una participación emocional en la terapia y ha contribuido en la práctica a que, como anteriormente comentamos, los/las terapeutas tengamos con ellos una actitud especialmente cuidadora procurando evitar la confrontación y los

sentimientos de culpa para que no abandonen el espacio terapéutico. Las mujeres de la familia, sin embargo, es frecuente que toleren ser culpabilizadas en terapia y que abandonen en menor medida que los hombres el seguimiento terapéutico. El problema puede ser que si estas técnicas funcionan, el resultado supondrá restaurar un sistema desequilibrado para devolverle su anterior equilibrio patriarcal. Por lo tanto, el problema no lo constituyen estas técnicas en sí mismas sino el paradigma de familia anacrónico y sexista al que remiten (Walters et al, 1991).

En nuestro ejemplo, podemos suponer que Tomás ha salido beneficiado de la relación estrecha entre Gloria y Andrea ya que le ha permitido evitar las demandas de atención y cuidado de Gloria. Pero puede que esta idea se relacione con estereotipos sociales que asocian que la definición del rol masculino proviene sólo del logro fuera de la familia, generalmente del mundo del trabajo. Podríamos explorar los sentimientos que Andrés ha tenido en estos años sin presuponer que sólo ha habido beneficios. ¿Cómo se ha sentido en su familia? ¿Qué ha echado de menos? ¿Le hubiera gustado participar más directamente en otras tareas? ¿Cómo se hubiera sentido Gloria si esto hubiera ocurrido? ¿De qué forma cree que su actitud podría cambiar y que esto afectaría a la familia?

4.3. Reciprocidad

El concepto de reciprocidad supone que todas las personas implicadas en un problema cumplen un papel en cuanto a la perpetuación de ese conflicto por vía de reforzar la conducta del otro. Es necesario detectar de qué forma esta perpetuación conductual va a estar influida por las diferentes socializaciones de género. Por ejemplo, las aproximaciones sistémicas tradicionales acerca de la violencia familiar consideraban que el abuso físico o sexual cumplía un papel en el mantenimiento del sistema familiar, que cada miembro participaba activamente en perpetuar esta disfunción familiar, y que el incesto y el maltrato eran producto de un contexto interaccional caracterizado por secuencias repetitivas de conductas transaccionales (Mc Conaghy, 1998). Determinadas formas de entrevista podrían contribuir a justificar e invisibilizar en muchos casos conductas abusivas.

En una entrevista de pareja, Ana refiere que la semana anterior su marido

(Juan) llegó a casa tarde y tras una discusión él la empujó y ella cayó al suelo. El/la terapeuta puede intervenir después de este comentario de varias maneras:

a) "Está diciendo que Juan la empujó… ¿había ocurrido esto en otras ocasiones?". (Con esta pregunta el/la terapeuta pone de manifiesto su llamada de atención sobre este hecho y su deseo de investigar sobre él) o "¿qué hace usted en estas situaciones de agresión"? (se señala la agresión pero se incluye la responsabilidad en la interacción de ambos).

b) Buscando antecedentes en la conducta de Ana (conducta recíproca): T (a Ana): "¿Qué había dicho usted antes de que Juan la empujara?". (Contribuye a culpabilización y justificación de la agresión).

4.4. Complementariedad

La complementariedad se refiere a un modelo de relación en el que las conductas y las aspiraciones de los individuos o grupos difieren, pero se ajustan mutuamente en un equilibrio dinámico. Este concepto se relaciona con la armonía. Un sistema armónico puede incluir roles polarizados tales como hijo bueno-hijo malo, distante-perseguidor… En muchos casos la polarización es un modo poco satisfactorio de lograr la armonía, dado que exige la existencia de individuos desequilibrados a efectos de mantener el equilibrio dentro del sistema.

Las diferentes socializaciones de género han contribuido a que en las familias el equilibrio y la armonía se hayan mantenido a costa de roles de género muy polarizados. Por ejemplo, a las mujeres se las ha responsabilizado del cuidado y buen funcionamiento familiar, sin embargo, a la vez, en ocasiones, se ha patologizado esta actitud tachándola de excesiva e interpretando el rol cuidador como una necesidad patológica de la mujer de servir, cuidar o controlar. Las mujeres aprenden muy temprano dentro de las familias que su papel es suavizar y allanar los conflictos, lo que puede manifestarse en terapia como una tendencia de la madre a hablar en lugar de los hijos, a veces para evitar que éstos se peleen.

Pensamos que no puede haber una verdadera complementariedad en las relaciones humanas si los antecedentes de estas relaciones están mal balanceados en términos del acceso a las oportunidades y el poder en lo social, legal, político y económico. Así, para que la noción de la complementariedad

pudiera ser algo más que una elaboración hipotética, debería reflejar las estructuras sociales, económicas y políticas dentro de las cuales existe el sistema familiar (Walters et al, 1991). En el ejemplo de Gloria podemos pensar que el rol pasivo de Tomás en cuanto al papel con los hijos es complementario al sobrefuncionador de Gloria, sin considerar la desigual oportunidad que ambos han tenido de alcanzar el rol del otro.

Esther es una mujer de 29 años, casada con Pedro, con el que tiene dos hijos de 4 y 2 años. Trabaja en tareas de casa. Desde hace dos años presenta crisis de angustia, agorafobia y de forma secundaria sentimientos de tristeza, minusvalía, impotencia y culpa por no ser capaz de salir de casa sola y poder llevar una vida más autónoma. Su marido trabaja en un restaurante familiar durante todo el día. Hasta que tuvo el segundo hijo, Esther había trabajado fuera de casa, primero en una empresa y en el último año en el restaurante familiar. Refiere que decidió dejar este empleo porque tanto ella como su marido calcularon que no sería rentable económicamente pagar una guardería. En sucesivas entrevistas expresa que le preocupa que su marido no tenga confianza en ella, él le recrimina gastar mucho dinero, no tiene acceso a tarjetas y últimamente ha decidido hacer él sólo la compra (ella comenta que tampoco puede salir sola a realizarla por la agorafobia). Había roto la relación con familia de origen a raíz de una discusión entre Pedro y su hermano hacía cuatro años; sin embargo cada vez con más frecuencia recurre a su madre o a su hermana para que le acompañe al colegio de su hija o a algunas salidas, lo que su marido critica ya que cree que esta relación la perjudica.

Durante la entrevista nuestra primera hipótesis se centró en las ventajas que los síntomas tenían al permitir a Esther relacionarse más con su madre y su familia. Posteriormente fuimos conscientes de que no habíamos profundizado lo suficiente en la polarización de roles en la pareja y en la limitación de Esther en el acceso al dinero familiar, lo que probablemente no hubiera ocurrido si hubiera sido Pedro el que hubiera tenido esta limitación. Detenernos en el significado que para ella tuvo dejar de trabajar fuera de casa tras el nacimiento de segundo hijo (en el relato inicial ella lo describió como un hecho “natural”) también resultó especialmente útil.

4.5. Jerarquía

La jerarquía es un concepto estructural por el que se clasifican el poder y la autoridad que se ejerce y circula entre los diferentes individuos y subsistemas de la familia. El tema del poder ha sido frecuentemente abordado por las teorías sistémicas, especialmente desde la escuela estratégica americana. Para Haley, Madanes y Minuchin, una jerarquía familiar interna clara e inequívoca es el requisito previo necesario para la funcionalidad de la familia. Rojo (Rojo et al, 1993) considera que en terapia familiar muchos/as autores/as han trabajado el concepto de jerarquía poniendo el acento únicamente en las diferencias de poder generacionales y negando implícitamente las ligadas a los roles de género.

Tal como se enseña y practica la terapia familiar sistémica, el concepto de jerarquía muchas veces no da cabida al estilo femenino de tomar decisiones mediante un modo más consensuado de ejercer la autoridad (con los hijos/as, por ejemplo) a través de un tipo de relación que no incluye el empleo explícito del poder (Walters et al, 1991). Las nuevas configuraciones familiares (familias reconstituidas, monoparentales) exigen la asunción de nuevos modelos de relaciones donde la jerarquía per-se no sea un valor a imponer, y donde se hable más de otras formas de negociación o de consenso que en otros contextos sólo eran utilizables en intervenciones de pareja.

4.6. Fronteras

El concepto de fronteras prescribe una apropiada separación entre los miembros individuales de la familia y entre las distintas generaciones. Según este concepto, una familia bien organizada tiene fronteras claramente demarcadas que definen una cercanía y una distancia “apropiadas” en las relaciones. Aunque se considera que las fronteras intergeneracionales deben estar bien delimitadas, cuando son demasiado rígidas no permiten una transposición de roles temporal y pueden convertirse en patogénicas. Debe buscarse un equilibrio que va cambiando a medida que transcurre el ciclo vital familiar.

Se ha señalado que en modelos sistémicos tradicionales, el concepto de fronteras entre las distintas generaciones o individuos tampoco da cabida al estilo femenino de ser-en-conexión, y, al contrario, facilita los calificativos de

invasivas o controladoras para las mujeres. Es frecuente encontrar configuraciones familiares en las que la mujer, en una posición de poder limitado en la familia, se alía con hijos e hijas (más dependientes de los cuidados de ella y también menos poderosos) contra el padre, quien con más frecuencia tiene el control económico y social y mantiene una menor implicación afectiva familiar. Los hijos e hijas se convierten en confidentes y se les transmiten los sentimientos de minusvalía e incapacidad. Al mismo tiempo, asumen de forma velada la responsabilidad de portavoces de la insatisfacción del miembro "alienado", con más frecuencia la mujer. Estos sentimientos aparecen con frecuencia en hijos e hijas que presencian violencia de género.

5. Implicaciones clínicas de la inclusión de la óptica de género

5.1. Sesgos de género en las teorías y prácticas tradicionales

En otros trabajos revisamos las implicaciones clínicas que acarrea la introducción de la óptica de género en la práctica psicoterapéutica (Rodríguez Vega y Polo Usaola, 2002; Polo Usaola, 2007). Comentaré algunas cuestiones relacionadas con este tema:

- Las teorías psicológicas tradicionales han descrito el desarrollo masculino y femenino basándose en la experiencia de los varones, proponiendo el estándar masculino como la norma y considerando lo femenino como deficiente por comparación. (A este respecto resulta interesante recordar el clásico estudio de Broverman et al (1970) en el cual se pidió a un grupo de profesionales sanitarios de ambos sexos que definieran lo que consideraban que era un varón, una mujer y una persona con buena salud mental. Los resultados mostraron que las personas que los profesionales entendían que presentaban una buena salud mental eran definidas con características propias del rol masculino).
- Hay que revisar el supuesto de que los estereotipos de género clásicamente aceptados sean los más saludables y valorados en terapia. A pesar de que los cambios en socialización de hombres y mujeres permiten una cierta ocupación de espacios no asociados al género, se sigue patologizando el abandono de los espacios considerados como "naturalmente propios".

  Almudena acaba de separarse de Alfredo. Tienen dos hijos de 10 y 7 años.

Ella decide ceder la custodia de los hijos a Alfredo, lo que provoca la crítica de gran parte de amigos/as y familiares. Almudena acude a terapia a petición de su médica de atención primaria con la idea de que se valore si esta decisión es producto de una reacción depresiva o de otra alteración psicopatológica.

- Las terapias tradicionales han potenciado en muchos casos la adaptación de la mujer a los roles tradicionales aunque también la han designado como patológica cuando su adaptación es demasiado completa. Además, se han devaluado características asociadas al rol femenino como, por ejemplo, la dependencia afectiva. Esta idea podría estar relacionada con la forma en que desde algunas teorías psicológicas se han definido los procesos de separación intersubjetiva con objeto de conseguir una identidad propia. Algunos autores señalan que estos presupuestos teóricos no encajan con el modo en que la mujer construye su identidad en relación con los otros y señalan el "ser en relación" como una necesidad básica de los seres humanos para su desarrollo y crecimiento. En muchos casos se ha confundido separación o desvinculación con autonomía, un signo de madurez valorado, mientras que la vinculación se equipara con dependencia, señal de inmadurez y por lo tanto desvalorizada (Walters et al, 1991; Rodríguez Vega et al, 1996).
- Existe un sesgo de género ligado al sexo en diagnóstico de psicopatología. Por ejemplo, algunos autores definen que tanto el trastorno de personalidad histriónico como el dependiente, tal y como se describen en el DSM-IV, pueden ser considerados "retratos" de las formas tradicionales de comportamiento femenino. Desde la perspectiva del profesional, la aplicación del diagnóstico va a depender de sus actitudes frente a los roles sexuales.
- En muchas ocasiones se han infravalorado las condiciones sociales como elementos explicativos de los problemas de salud mental, sobrevalorando las causas intrapsíquicas. En esta línea, consideramos que con distintos argumentos se han obviado cuestiones como la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, considerando a cualquiera de los dos miembros de la pareja como igualmente responsables de situaciones de abuso físico contra ella misma o hijos/as. Enfatizamos la necesidad de rechazar prácticas que

trasmiten culpa a las mujeres que han sido víctimas de experiencias de violencia física y sexual.

- Creemos que se ha abusado en designar a la madre como principal culpable de las disfunciones familiares. En teorías ya superadas pensamos que se sobreutilizó el concepto de "madre esquizofrenógena" atribuyéndose a las progenitoras la causa de numerosas patologías infantiles (por ejemplo, autismo). Todavía creemos que se abusa en describir a las madres como "patológicas" y en ser responsables directas del malestar de sus hijos e hijas por estar o demasiado presentes o demasiado ausentes.

5.2. Modelos de intervención sensibles al género

Los modelos terapéuticos más recientes, basados en el construccionismo social, sugieren la conveniencia de ir sustituyendo valores de algunas terapias tradicionales donde el énfasis se pone en la "objetividad" y neutralidad terapéutica, el pensamiento analítico, la distancia emocional paciente-terapeuta y la jerarquía (valores que nos recuerdan a características asociadas al rol masculino) por otras nuevas formas de relación terapéutica. Fernández Liria y Rodríguez Vega (2001) sugieren un modelo basado en una relación terapéutica igualitaria, no directiva y exploratoria.

El modelo de indagación colaborativa también comparte la idea del trabajo terapéutico como un proceso que permite una exploración conjunta entre profesionales y familias para abrir espacios que cuestionen las creencias, concepciones, pensamientos y explicaciones. Desde esta perspectiva, las teorías socioconstruccionistas propusieron que la noción de la realidad se construye cuando un tipo específico de discurso adquiriere una fuerza extraordinaria tal que llega a marginar otras narrativas alternativas para describir el mundo. Para generar cambios que permitan construir nuevas realidades vitales, proponen recuperar los discursos marginados por los relatos dominantes. En terapia, centrándonos en este aspecto, se sugiere que la intervención incluya la deconstrucción de significados de género que organiza la familia y la co-construcción de otros nuevos que permitan mayores posibilidades de generar cambios (Madsen, 2009; Payne, 2002).

Paz es una mujer de 48 años, casada, dos hijos de 16 y 12 años, trabaja como farmacéutica en una empresa multinacional. Acude derivada por la psicóloga

que atiende a su hijo mayor (por trastornos de conducta) al observar en ella síntomas depresivos y ansiosos. Paz sitúa el comienzo de su "malestar" tres o cuatro años atrás, a raíz de comienzo de adolescencia de su hijo mayor, Sergio. Describe que su hijo había tenido una crianza e infancia "fácil" pero a los 13 años comienza a empeorar su rendimiento escolar, desaparece sin dar explicaciones durante varias horas, consume cannabis y alcohol fines de semana y cree que le ha sustraído dinero en alguna ocasión. Paz es la mayor de cuatro hermanos, el resto son varones. Buena estudiante y profesional brillante. Se casa a los 28 años con Pedro tras dos años de convivencia. Él es químico y trabaja en otra empresa. Los dos tienen amplias jornadas laborales. La relación con Pedro la describe como "buena" hasta el comienzo de los problemas conductuales de Sergio. "Él no le daba importancia, me decía exagerada... Veo que siempre ha pasado de la educación de los niños... y ya es tarde...".

Durante la entrevista Paz se muestra llorosa, centra sus problemas en su hijo y tiene grandes dificultades para hablar de ella misma. Pregunta de forma repetida sobre la opinión que tenemos de lo que le ocurre a su hijo, si creemos que ella está actuando bien, etc. Con el fin de poder pasar más tiempo con sus hijos, especialmente con Sergio, ha solicitado una reducción de jornada laboral en el último año lo cual le ha creado algunos problemas en su empresa (restricción de proyectos, menores competencias, etc.).

El trabajo terapéutico incluyó trabajar el conflicto que para Paz suponían los diferentes mandatos de género que había recibido y construido a lo largo de su vida. Por un lado, desde joven había desarrollado actitudes críticas al ambiente machista que observaba en su casa y en su entorno, lo que le llevó a intentar demostrarse a sí misma y a su familia su capacidad para rebelarse a lo que se esperaba de ella, trabajando en puestos de gran responsabilidad e intentando no sentirse presionada por cargas familiares. Por otro lado, el comienzo de síntomas en su hijo le hizo conectar con sentimientos de culpa vinculados a la idea de no haber sido lo suficientemente "buena madre" y no haber desempeñado suficientemente bien el papel cuidador de sus hijos. Esta sensación interna de "traición" a su "deber cuidador" no le permitió negociar con su marido cuál de los dos debería disminuir la jornada laboral. En una

entrevista conjunta con Pedro él atribuyó los problemas conductuales de Sergio a un ambiente excesivamente permisivo en casa, especialmente por parte de Paz. Él no había experimentado sentimientos de culpa relacionados con falta de dedicación al cuidado de sus hijos.

Goolishian y Anderson (1992) plantearon que en cualquier grupo social, algunas voces o discursos tienen una fuerza mayor que las de otros. Si son escuchadas las distintas voces de cada uno de los integrantes con el mismo peso e importancia, cambia la descripción de la "realidad" de este grupo social. De esta manera se "deconstruye" la "realidad" establecida anteriormente. Este proceso se ha seguido al incluir la perspectiva de género en distintas disciplinas (filosofía, literatura, historia, psicología, etc.) que durante muchos siglos sólo estuvieron construidas por la visión masculina.

En el proceso terapéutico, la deconstrucción busca abrir un espacio en el que se examina el origen y la lógica de cada una de las voces existentes en el contexto y en cada persona, sin tratar de evaluar la veracidad de cualquiera de ellas. Así, se atienden las voces de todos los integrantes de la familia, de antepasados, de las personas significativas para la misma y las voces alternativas de personas imaginarias.

En el caso que relatábamos sobre Paz, podrían realizarse preguntas como: ¿qué crees que hubieras pensado tú en otra época tuya de las decisiones que has tomado en tu vida? ¿Qué opinión crees que tendría tu abuela? ¿y hombres y mujeres del siglo XVIII? ¿Sabes qué piensa tu hijo sobre lo que te ocurre?

Fernández Cáceres (2006) señala que la socialización de género ha originado que sean frecuentes creencias tales como considerar, por ejemplo, que las mujeres deben atender las necesidades cotidianas de los hombres o que los hombres deben proteger a las mujeres tomando decisiones por ellas. El autor propone evaluar la opinión de cada miembro respecto a estas creencias, preguntando por ejemplo: *¿Tú qué crees respecto de esta regla familiar?, ¿desde cuándo crees que estas ideas están en la familia?, ¿son medianamente compartidas con otras familias de esta zona?, ¿todas las familias se organizan de esta manera?, ¿cuáles son los pros y contras de estas diferencias de ideas entre los miembros de la familia?* En el caso de que las opiniones de los hombres y las mujeres sean distintas, se podrían hacer, por ejemplo, estas

preguntas: *¿Por qué creéis que existen estas diferencias de pensamiento?, ¿qué significa para la familia esta convivencia de personas que tienen distintas ideas y convicciones?, ¿es positivo para todos/as?, ¿creéis que la gente de la ciudad/el campo pensaría lo mismo?*

La exploración en terapia de cómo el contexto cultural y las creencias favorecen el mantenimiento de ciertas conductas problemáticas resulta fundamental y permite nuevas posibilidades de cambio. De otro modo, hay numerosos actos que se consideran naturales y congruentes con el contexto y se siguen manteniendo aunque produzcan daño. Algunos ejemplos para explorarlo: ¿*Crees que esta historia se mantendría si vivieras en otro lugar?, ¿qué tipo de contexto cultural hace que esta historia se mantenga funcionando?, ¿qué tipo de verdades que aceptas incuestionablemente son las que están apoyando la vida del problema?, ¿ha habido alguien que ha pensado de otra manera*?

Con frecuencia la aparición de crisis vitales en las que el rol y los postulados de género juegan algún papel, suponen la posibilidad de generar nuevos planteamientos vitales y valores. En el caso de Paz, la crisis supuso una manera de visibilizar los conflictos de género que en ella convivían. En el ejemplo que describiremos a continuación, el cuadro depresivo de Lola permitió que afloraran necesidades y deseos que no se había permitido hasta ese momento.

Lola es una mujer de 48 años, casada, con tres hijos de 25, 22 y 18 años, que consulta por presentar un cuadro depresivo de unos meses de duración. Pone el comienzo de los síntomas en diagnóstico de enfermedad ocular de hijo menor. Ella cree que debería haberse dado cuenta antes de los síntomas de la enfermedad del hijo, se siente culpable por ello. Van apareciendo a lo largo de las entrevistas preocupación por su rol en este momento ("he vivido siempre pendiente de mis hijos, ya me necesitan menos…") e insatisfacción con el trabajo (limpiadora en una clínica) ("me veo inútil… no me tratan como persona… sólo me mandan…"). A pesar de que llevaba varios años desempeñando este trabajo, es sólo en los últimos meses cuando tiene estos sentimientos de inutilidad y de ser explotada. En ocasiones los síntomas sirven de detonante para poner de manifiesto una situación de malestar de base que no aparecería de otro modo. En el caso de Lola fue importante validar sus

sentimientos y ayudarla a poner en marcha otros proyectos. Así, comenzó a hacer cursos de formación para poder acceder en el futuro a otro empleo. Valoramos la posibilidad de realizar intervención familiar ante el riesgo de "boicot" del cambio de actitud de Lola pero optamos (de forma conjunta con ella) por trabajar estos riesgos y posibles alternativas en terapia individual con ella.

5.3. Estrategias y objetivos terapéuticos

Nora Levinton (2003) señala algunos aspectos que nos parecen interesantes a incluir como objetivos terapéuticos:

- Trabajar sobre los conflictos intrasistémicos de ideales de género contradictorios entre sí.
- Desmontar las condiciones que favorecen que la identidad femenina se conforme sintónicamente con el sufrimiento.
- Redefinir el rol de la maternidad para que no sea un imperativo de género inherente al ser mujer.
- Analizar las complejas relaciones entre las motivaciones de apego y las narcisistas. Es frecuente que en las mujeres la autovaloración se realice a partir de expectativas casi siempre relacionadas con experiencias relacionales y vínculos de cuidado, lo que obstaculiza que se valoren a sí mismas en otro tipo de experiencias. Además, cuando esto se produce es posible que se acompañe de sentimientos de culpa.

Con respecto al primer punto, el trabajo de conflictos de ideales de género contradictorios, Marcela Lagarde, antropóloga mexicana, define el sincretismo de género como una característica de las mujeres contemporáneas que viven la contradicción entre tener dos configuraciones de género incorporadas a la vez: una muy tradicional y, al mismo tiempo, otra más reciente producto de nuevas construcciones de género que produce transgresiones y rupturas con ideas previas y que genera muchos conflictos a nivel individual y colectivo. Marcela Lagarde dice que este sincretismo se observa de forma especialmente llamativa en la concepción que las mujeres tenemos del amor: "Mantenemos el amor en formas tan tradicionales que darían gusto para un museo. Somos modernas en apariencia, en la carrocería, en el estilo, en las formalidades. Pero la propia subjetividad, lo que está más

ligado a los afectos configuradores de nuestra identidad de género, el amor, permanece intocado. Nuestro sincretismo es a veces tan lastimoso porque el amor, tan central en la vida de las mujeres, resulta el espacio más tradicional en las mujeres modernas" (Lagarde, 2005, pág. 238).

6. La autoobservación de género en profesionales y equipos

La inclusión de la perspectiva de género en terapia también implica necesariamente la autorreflexión del/la terapeuta sobre el marco conceptual en el que sustenta su trabajo, los elementos de su propia historia que intervienen en sus relaciones, el papel que jugó en su propia familia y la revisión de las creencias y mandatos de género con los que se ha socializado. En la práctica supone una observación de las alianzas, identificaciones, rechazos y desacuerdos que el/la terapeuta establece con cada miembro de la familia, lo que va a influir en que en algunos momentos favorezca determinados discursos y dé menos peso a otros. Es también fundamental reflexionar sobre qué esperaría de cada integrante de la familia, qué le provoca cada uno y qué posición toma, por ejemplo, ante el sometimiento de una mujer o ante la persona que tiene mayor poder en la familia.

Cuando el/la terapeuta no toma conciencia de sus concepciones de género, es más fácil que las imponga a las familias, reproduciendo la constricción que intenta evitar. El diálogo con las familias debe incluir el tipo de cambios que quieren hacer respecto a las construcciones de género así como el ritmo y el momento de hacerlos. Lo que el/la terapeuta está llamado a hacer es crear junto con la familia un espacio de reflexión sobre cómo influyen las construcciones culturales y familiares en los hombres y mujeres de la familia, qué demandan unos de otros y cómo organizan sus relaciones en torno a sus creencias (Fernández Cáceres y González Sánchez, 2006).

Si trabajamos en equipo, es también de gran utilidad que, después de que los diferentes miembros del mismo identifiquen sus sentimientos, pensamientos y construcciones respecto al género y a la familia atendida, los comuniquen a sus compañeros/as. Supone una aproximación conjunta para entender las razones por las cuales adoptaron actitudes específicas respecto a algunos miembros de la familia y va a ampliar el rango de entendimiento y de actuación. Al respecto, Marcelo Pakman (2002) enfatiza la importancia del

“giro reflexivo” que permite a profesionales enfocar y entender lo que él llama su “conocimiento en acción”, es decir, lo que saben y conocen que hacen. Este “conocimiento en acción” que surge con fluidez y espontaneidad en cada terapeuta, está constituido por los modelos teóricos con los que se formó académicamente, pero también por otras fuentes de conocimiento como las condiciones étnicas, históricas, de género y familiares con las que creció. El giro reflexivo permite, en parte, hacer consciente estas partes de sí mismo en el espacio terapéutico.

Para ejemplificar lo referido presentaré brevemente un extracto de dos casos atendidos en un Centro de Salud Mental. La intervención se realizó en coterapia con espejo unidireccional y un equipo (el trabajo completo puede consultarse en San Vicente y col., 2013).

Andrea, de 44 años, asistió al Centro de Salud Mental derivada por su médico de atención primaria por presentar sintomatología ansiosa. Está casada con Roberto desde hace 9 años. Él tiene 45 años y trabaja en una inmobiliaria. Tienen dos hijos: Begoña, de 6 años y Pablo, de 3. Ella es economista y trabaja en un Instituto por las mañanas y por la tarde en una academia. En la primera consulta, Andrea relacionó sus síntomas con el hecho de que en el último año presentaba graves dificultades de relación con su pareja, lo que originaba discusiones muy frecuentes. Tras esta primera consulta se acordó realizar una entrevista conjunta con su marido. En la entrevista de pareja, Roberto refería que Andrea se centraba más en el trabajo que en la familia, él demandaba más atención por parte de ella y más comprensión hacia sus problemas y dificultades laborales. Andrea pensaba que las demandas de él eran excesivas y se sentía desbordada por ello.

Desde los primeros momentos de la entrevista, Andrea refirió situaciones que hacían sospechar una situación de violencia en la interacción y que se confirmó al evaluarla directamente. Al ejemplificar las discusiones que solían tener, Roberto describió que solían comenzar cuando él intentaba contar a Andrea sus problemas laborales; al no sentirse escuchado y comprendido por ella, él reaccionaba con gritos, sentía que perdía el control, daba puñetazos contra la pared y a veces la agarraba del brazo. En todo momento la entrevista se mantuvo en un clima tranquilo, guardando los turnos y no elevando en

ningún momento el tono de voz, lo que contrastaba con el contenido del relato que presentaban.

En la discusión mantenida entre los terapeutas y el equipo coincidimos en la impresión de que en esta pareja había intercambio en algunos roles y estereotipos de género y rigidez en otros. Andrea tenía mayor nivel educativo y profesional, mayor red social y se consideraba más independiente afectivamente. Roberto se mostraba más vulnerable y expresaba mayor necesidad de afecto, escucha y dedicación a la familia por parte de Andrea. Discrepábamos entre nosotros en algunos puntos: ¿Hubiéramos hecho la misma lectura del tipo de violencia, riesgos, etc., si los roles de género hubieran sido los esperados socialmente? ¿Influía en el tipo de violencia el intercambio de rol que nos parecía que estaba presente en esta pareja? ¿Hacer esta conexión tenía que ver con prejuicios de los/las profesionales que patologizamos los intercambios entre los roles de género establecidos?

En el segundo caso, recibimos la demanda a partir de una consulta de Tomás, que tiene 39 años y acude a nuestro servicio derivado por su Médico de Atención Primaria por síntomas depresivos y ansiosos. Está casado con Clara desde hace 15 años, tienen 2 hijas de 13 y 9 años. Es Ingeniero químico y trabaja en una empresa multinacional. Clara tiene 38 años, es maestra. En la primera consulta individual, Tomás relacionó sus síntomas con problemas con su pareja desde el comienzo de la convivencia. Describió a Clara como una persona autoritaria y estricta, con un carácter agresivo. A sí mismo se describió como "reservado, tímido y pasivo". El terapeuta que realizó la primera consulta decidió derivar al equipo de terapia de familia. Ella definió la relación con Tomás como muy insatisfactoria y pensaba que una de las causas de sus desacuerdos eran sus caracteres opuestos. "Tomás tiene un carácter muy suave y paciente, me pone histérica que no luche…", "Yo soy más voluble y dominante". Los dos comentaban que cuando discutían gritaban mucho, llegando en ocasiones los vecinos a escuchar dichas disputas. Al preguntar por la existencia de violencia física, Tomás relató que en varias ocasiones Clara había llegado a "descontrolarse" y a agredirle físicamente ("sobre todo con puñetazos…") y en alguna ocasión él había devuelto esa agresión ("para pararla"). Las hijas presenciaban en numerosos casos estas

discusiones.

En la discusión conjunta con el equipo, observamos también en este caso intercambio en algunos estereotipos de género; por ejemplo, la autodefinición de Tomás como "suave" y "paciente" y de Clara como "dominante" y "decidida". Fue interesante observar cómo en algunos/as profesionales provocaba mayor rechazo y movilizaba más irritación la "suavidad" y "pasividad" de Tomás que la agresividad de Clara. ¿Estábamos minimizando la intensidad y las repercusiones de la violencia porque procedían de una mujer? ¿Hubiera ocurrido algo parecido si la agresividad procediera de un varón? ¿Por qué provoca tanto rechazo la pasividad en el varón si por otra parte criticamos el mantenimiento de roles de género tradicionales? ¿Patologizamos los/las profesionales la inversión de papeles asignados a los géneros?

Aunque en las dos intervenciones como primera medida se enfatizó la necesidad de poner fin a las situaciones de violencia y se señaló la obligación como padres y madres de evitar que los hijos/as fueran testigos de las mismas, el hecho de que la agresividad física la protagonizara de forma principal en el primer caso un varón y en el segundo una mujer y que en los dos casos hubiera inversión en algunas de las conductas asociadas al género, originó numerosas preguntas. A pesar de que inicialmente en el equipo surgieron hipótesis de trabajo aparentemente contradictorias, observamos que cuando los/las participantes del equipo terapéutico pusimos en común los sentimientos, pensamientos y construcciones relacionadas con los casos tratados y reflexionamos sobre la influencia que los prejuicios de género tenían en las visiones presentadas, se enriqueció la comprensión del problema y se favoreció la intervención.

Coincidimos con Fernández Cáceres (2006) cuando señala que lo esencial es usar todas las reflexiones posibles para facilitar la comprensión del problema y, cuando se considere pertinente, asumirlas como una intervención específica. Los terapeutas decidirán cómo pueden incluir sus reflexiones en el espacio terapéutico. Una alternativa es modificar la distancia terapéutica con alguno de los integrantes de la familia con quien se había mostrado excesivamente cercano o distante. Otra opción es modificar el plan de trabajo, en tanto las consideraciones sobre la posición de los/las terapeutas pudieron generar

nuevas hipótesis no vislumbradas hasta ese momento. La tercera posibilidad es atender las creencias y visiones de algunos miembros de la familia que no se habían escuchado. Es fundamental incluir estas reflexiones entre todos los miembros del equipo, lo que va a permitir redefinir las estrategias que se utilizarán en su intervención.

7. Lecturas recomendadas

WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P. y SILVERSTEIN, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares.* Buenos Aires: Paidós. Este libro tiene su origen en los trabajos del Women´s Project in Family Therapy, fundado en 1977. La obra supuso un avance fundamental para introducir la perspectiva de género en terapia familiar. Comienza con una revisión, crítica y redefinición de conceptos y postulados tradicionales del paradigma sistémico y posteriormente analiza con ejemplos clínicos distintas problemáticas y situaciones que introducen un abordaje específico de género. Desde mi punto de vista es imprescindible para aprender a introducir la visión de género en terapia sistémica.

GARCÍA-MINA FREIRE, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. Madrid: Narcea. Describe con un lenguaje claro y asequible pero al mismo tiempo con rigurosidad y precisión, una interesante revisión sobre los orígenes de la categoría género incluyendo dimensiones biológica y social. También revisa el papel que el sesgo de género ha tenido en los diferentes modelos psicológicos y finalmente realiza una clarificación conceptual de la categoría género describiendo la naturaleza multidimensional de la misma. Muy interesante para tener una visión histórica de la introducción de la categoría de género y conocer las consecuencias que ha tenido en la Psicología teórica y práctica.

VELASCO ARIAS, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones. Este libro está orientado a personas con especial interés en el campo del género y salud. La autora es médica y psicoanalista y trabaja desde hace varios años en el desarrollo de programas de salud y género en el Instituto de la Mujer y Ministerio de Sanidad. En el inicio revisa teorías sobre salud y epistemología feminista. Posteriormente describe en profundidad determinantes

biopsicosociales para la salud no incluidos en estudios tradicionales y define los métodos para la práctica del enfoque de género en programas de salud y en la práctica clínica. Finalmente presenta un análisis de género en la atención en la Salud Mental. Muy útil para profesionales interesados en aplicar enfoque de género en investigación.

BOSCH, E., FERRER, V. y ALZAMORA, A. (2006). *El laberinto patriarcal: reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthropos. Desde un marco feminista, las autoras realizan en la primera parte una revisión histórica crítica de la influencia del patriarcado en los modelos psicológicos y sociales. En la segunda parte plantean claves para introducir un abordaje psicoterapéutico de orientación feminista con un apartado especial de gran utilidad práctica para intervención con mujeres víctimas de violencia de género. Amplia documentación y bibliografía.

Bibliografía

BROVERMAN, I.K., BROVERMAN, D.M., CLARKSON, P.S., ROSEN-KRANTZ, P.S. y VOGEL, S.R. (1970). "Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1-7.

DIO BLEICHMAR, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.

FERNÁNDEZ CÁCERES, C. y GONZÁLEZ SÁNCHEZ, J.D. (2006). *Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para atención de adicciones y violencia familiar*. Disponible en: www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/Servicios/Libros/Pdf/Publicacione Familiar/CapituloIV. (consultado en junio 2012).

FÉRNANDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ VEGA, B. (2001). *La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

GARCÍA-MINA FREIRE, A. (1999). "El estudio de las diferencias entre los sexos en la Psicología". En CARRASCO, M.J. y GARCÍA-MINA, A. (Ed). *Cuestiones de género. Varones y mujeres ¿dos universos diferentes?* Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

———— (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*.

Madrid: Narcea.
GOOLISHIAN, H. y ANDERSON H. (1992). “Strategy and intervention versus non intervention: a matter of theory?”. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 5-15.
KNUDSON-MARTIN, C. y MAHONEY, A.R. (1996). “Gender dilemmas and myth in the construction of marital bargains: issues for marital therapy”. *Family Process*, 35, 137-153.
LAGARDE, M. (2005). *Claves feministas para la negociación en el amor. Para mis socias de la vida*. Madrid: Horas y horas.
LEVINTON, N. (2003). “Psicoanálisis y feminismo”. En LÓPEZ PARDINA, T. y OLIVA PORTOLÉS, A. (Ed). *Crítica feminista al psicoanálisis y a la filosofía*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid.
MADSEN, W. (2009). “Ayuda colaborativa: un encuadre clínico para los servicios centrados en la familia”. *Psicoterapia y Familia*, 22, 2, 5-23.
MÁRQUEZ, I., POO, M., ROMO, N., MENESES, C., GIL, E. y VEGA, A. (2004). “Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 37-61.
MARTÍNEZ DÍAZ, P. (2001). “Género y familia”. En CARRASCO, M.J. y GARCÍA-MINA, A. (Ed). *Género y psicoterapia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
McCONAGHY, R. (1998). “The systemic view of violence: an ethical perspective”. *Family Process*, 37, 51-63.
MILLER, J.B. (1992). *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Barcelona: Paidós.
MINUCHIN, S. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
MOLINA, C. (2008). “Contra el género y con el género: crítica, deconstrucción, proliferación y resistencias del sujeto excéntrico”. En PULEO, A.H. (Ed.). *El reto de la igualdad de género*. Madrid: Biblioteca Nueva.
PAKMAN, M. (2002). “Poética y micro-política: terapia familiar en tiempos de postmodernismo y globalización”. *Psicoterapia y Familia*, 15, 1, 57-70.
PAYNE, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.

PÉREZ SALES, P. (2006). “El concepto de trauma y de respuesta al trauma: elaborar el concepto a partir de la experiencia”. En PÉREZ SALES, P. (Ed). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

POLO USAOLA, C. (2007). “Vulnerabilidad social y género”. En FERRANDO, L. (Ed.). *Salud mental y género en la práctica clínica*. Barcelona: Ars Médica.

RODRÍGUEZ VEGA, B., BAYÓN C. y FRANCO, B. (1996). “Haciendo visible el género en la terapia familiar”. *Archivos de Neurobiología*, 59, 1, 23-34.

RODRÍGUEZ VEGA, B. y POLO USAOLA C. (2002). *Proceso psicoterapéutico y género*. Ponencia presentada en el II Symposium Nacional: Tratamiento de la adicción en la mujer. Madrid: Instituto Spiral.

ROJO, G., TESORO, A. y PEÑÍN, E. (1993). “Modelo sistémico y concepto de género: Un encuentro posible”. En *Mujer y Salud Mental. Mitos y realidades*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

ROMERO, I. (2011). “Desvelando la violencia de género”. En DIO BLEICHMAR, E. (Ed.) *Mujeres tratando a mujeres con mirada de género*. Barcelona: Octaedro.

SAN VICENTE, A., SÁNCHEZ, M.V., NIÑO, M., LÓPEZ, L., ALONSO, A., DE LA HERMOSA, M., POLO, C. y LÓPEZ, L. (2013). “Introduciendo la perspectiva de género en la autoobservación de un equipo terapéutico. A propósito de dos casos con violencia entre la pareja”. *Mosaico*, 54: 23-57.

SEBASTIÁN, J. (2001). “Género, salud y psicoterapia”. En CARRASCO, M. J. y GARCÍA-MINA, A. (Ed.). *Género y psicoterapia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. y PRATA, G. (1980). “Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session”. *Family Process*, 19, 3-12.

SILVERSTEIN, O. (1991). “Madres e hijos”. En WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P. y SILVERSTEIN, O. (Ed.). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.

SUÁREZ, T. (2011). “Los cambios sobre género y su influjo en la psicopatología actual”. *Mosaico*, 49, 44-52.

VALLS, C. (2001). “El estado de la investigación en salud y género”. En MIQUEO, C. *Perspectivas de género en salud*. Madrid: Minerva.

VELASCO, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud.* Madrid: Minerva.

WALTERS, M., CARTER B., PAPP, P. y SILVERSTEIN, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares.* Buenos Aires: Paidós.

WORELL, J. y REMER, P. (1992). *Feminist perspectives in therapy. An empowerment model for women.* Nueva York: Wiley.

1 . Para estas autoras la definición de marco feminista supone incluir la experiencia de las mujeres en todas las formulaciones. Hace referencia a un concepto de feminismo como movimiento social que reivindica la lucha por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

4
Métodos e instrumentos de evaluación familiar

Mª Pilar Martínez Díaz

Isabel Espinar Fellmann

Índice de contenidos

1. Introducción

La evaluación del sistema familiar constituye siempre uno de los aspectos centrales dentro del proceso terapéutico, ya que guía la intervención que intentará ofrecer una solución a los problemas y dificultades que presentan las familias. De hecho, todo proceso de intervención con la familia debe establecerse en función de los resultados que se han obtenido en la fase previa de evaluación de la demanda de ayuda y de los conflictos que manifiestan los distintos miembros de la familia.

El análisis de las áreas en las que aparece la disfunción permitirá establecer los objetivos de la intervención, así como seleccionar las técnicas y/o estrategias terapéuticas más adecuadas para resolver las dificultades familiares. Así pues, durante el proceso de evaluación se debe identificar la naturaleza de los problemas, la procedencia de la posible disfunción y qué procesos están manteniendo las dificultades del sistema familiar.

Para realizar esta evaluación, los terapeutas de familia disponen de métodos e instrumentos que han mostrado su utilidad para la correcta identificación de las posibles áreas responsables de la disfunción familiar. Los instrumentos más utilizados en la evaluación de las familias son las entrevistas clínicas, la observación de las interacciones familiares en el contexto clínico y los cuestionarios estandarizados. El empleo de alguno de estos instrumentos es especialmente útil para ayudar al clínico a identificar con más precisión las áreas donde es necesario intervenir. Además, estos instrumentos (en especial en el caso de los cuestionarios) permiten obtener unas puntuaciones a partir de las cuales establecer comparaciones y decidir si las técnicas de intervención están obteniendo los resultados esperados.

El objetivo de este capítulo es mostrar las principales dimensiones o variables así como los métodos e instrumentos de evaluación que más comúnmente se utilizan en el campo de la terapia familiar para estudiar las áreas y los patrones de interacción familiar. En primer lugar, nos centraremos en la metodología observacional por sus indudables ventajas a la hora de estudiar variables interaccionales. Posteriormente señalaremos algunos de los cuestionarios y escalas que también se han utilizado frecuentemente en el estudio y la evaluación de las familias.

2. Métodos de evaluación familiar

Los métodos e instrumentos de evaluación utilizados en terapia familiar están siempre estrechamente relacionados con el marco teórico del clínico o investigador. Uno de los principales postulados de la teoría sistémica señala que los *patrones de interacción familiar* contribuyen a la etiología y mantenimiento de los síntomas clínicos que manifiesta generalmente uno de los miembros del sistema. El trastorno o síntoma se considera que se conforma a partir de los patrones interactivos del sistema familiar; es decir, el individuo que exhibe el síntoma es tomado como una manifestación de problemas en el funcionamiento global de la familia. Así pues, el objetivo de la evaluación en la terapia familiar sistémica es formular hipótesis relacionales que proporcionen la información suficiente para explicar los patrones de interacción disfuncionales incluyendo la evaluación del síntoma, que es una conducta más del patrón de interacción familiar disfuncional. Una vez identificados los patrones o las secuencias de interacción familiar en las que aparece el síntoma se podrán plantear los programas de intervención más eficaces (Navarro Góngora, 1996).

El método observacional es el que mejor permite estudiar las secuencias conductuales o patrones de interacción familiar en el contexto clínico. Por esta razón, a continuación vamos a señalar las características fundamentales de la metodología observacional para, posteriormente, señalar algunos de los códigos de observación o sistemas de categorías más empleados para evaluar el sistema familiar.

2.1. Métodos observacionales

La metodología observacional es una estrategia del método científico que pretende realizar una observación sistemática de la realidad y que tiene como objetivo el análisis de la conducta espontánea de uno o varios sujetos en un determinado entorno, desarrollando unas categorías que permitirán obtener registros sistemáticos de dichas conductas. Así pues, para estudiar la conducta de los sujetos, la metodología observacional se sirve de una serie de técnicas de registro que pueden variar en función del interés del profesional. En la terapia familiar sistémica las técnicas de registro más comúnmente utilizadas son *los códigos de observación o sistemas de categorías*. Estos códigos

suponen la enumeración, descripción y clasificación de los eventos conductuales y/o contextuales que se pretenden observar, a la vez que permiten regular cómo se va a llevar a cabo la observación. Los códigos categoriales tienen la ventaja de que permiten escoger un amplio número de actividades a observar, proporcionan información sobre conductas y/o interacciones complejas y, al ser un procedimiento estándar, permiten comparaciones y generalizaciones que proporcionan mayores garantías científicas.

2.1.1. Códigos de observación o sistemas de categorías para evaluar el sistema familiar

En la terapia familiar sistémica lo más habitual es el uso de los códigos de categorías a través de la observación directa de las familias. En lugar de preguntar directamente a la familia cómo se llevan, se les pide que hablen o que lleven a cabo juntos una tarea frente a una cámara o al entrevistador y se codifica su conducta en alguna dimensión relacional, por ejemplo, la comunicación entre los cónyuges.

Esta aproximación es más costosa en tiempo y dinero que otras estrategias de evaluación ya que supone la utilización de un equipo técnico complejo y la presencia de codificadores bien entrenados. Sin embargo, con este sistema de observación, dado que no se pregunta a los sujetos sobre sí mismos, se eliminan varias fuentes potenciales de sesgos en la recogida de información que sí aparecen en el uso de los cuestionarios. Algunos de estos sesgos son:

- La tendencia, consciente o no, de presentarse a sí mismos y a sus familias diferentes de cómo son. Por ejemplo, una pareja puede manifestar a través de un cuestionario que su matrimonio es satisfactorio. Sin embargo, si observamos a la pareja dialogar sobre un tema puede quedar manifiesto que hay una enorme hostilidad encubierta entre los cónyuges.
- A veces la tendencia a presentar a la propia familia mejor o peor de lo que es en realidad no es debida al motivo anteriormente mencionado. Hay constructos psicológicos importantes que las personas tienen dificultad en poder observar en sí mismas. Por ejemplo, a la pregunta *“¿os peleáis mucho tú y tu hermano?”*, la respuesta del sujeto puede no coincidir con la opinión del clínico. En el caso de la pareja señalada anteriormente, puede no tener conciencia de la existencia de conflictos encubiertos.

Los métodos observacionales reducen, por tanto, algunas fuentes de sesgos pero, a su vez, provocan otras nuevas. Los miembros de la familia pueden actuar de forma diferente a como lo hacen en sus hogares cuando están siendo observados. A la modificación de la conducta por el sólo hecho de ser observados se le denomina *reactividad* y es uno de los mayores problemas en la observación. Estas alteraciones pueden ser un intento de controlar la impresión que se da a otro (intentar ocultar sus conflictos, intentar que alguien parezca peor de lo que es…) o pueden ser más inespecíficos (están nerviosos, actúan de una forma artificial, etc.).

En resumen, las principales ventajas de los métodos observacionales son:

a. Posibilitan la evaluación de toda la familia a la vez. Aunque algunos códigos observacionales incluyen codificaciones de una sola persona (por ejemplo, el número de comentarios críticos) se puede evaluar a toda la familia en una variable (por ejemplo, la intensidad de la tensión existente en la familia durante la interacción).

b. Permiten la recogida de datos de sujetos a los que no es posible aplicar el autoinforme como niños muy pequeños, miembros muy alterados o que tienen minusvalías graves, etc.

c. Facilitan el acceso a secuencias de conducta, un aspecto central en muchas teorías sistémicas. Por ejemplo, el caso de un niño que está recibiendo mensajes contradictorios de sus padres (le dicen una cosa pero el mensaje no verbal indica algo completamente diferente). O un investigador interesado en el conflicto matrimonial que predice que en las parejas conflictivas la verbalización de un cónyuge será seguida con más frecuencia por un silencio o una respuesta tardía. Estas parejas pueden responder en un cuestionario que apenas intercambian comentarios hostiles, aunque su patrón de interacción puede serlo.

Habitualmente en este tipo de procedimiento se emplean *tareas para la observación*. No se puede esperar que la familia ante una cámara y en un lugar extraño actúe con naturalidad durante un tiempo determinado. Así pues, generalmente se les da una tarea específica de forma que todas las familias partan con las mismas instrucciones. El tipo de tarea depende del constructo de interés para el investigador. Por ejemplo, si el tema de investigación es cómo

las familias se expresan y reaccionan a expresiones emocionales o cómo manejan el conflicto se les puede pedir que hablen sobre *"su último desacuerdo familiar"*, si el interés está en los procesos de toma de decisiones, se puede pedir a la familia que *"planeen una comida o unas vacaciones familiares"* o si se está estudiando a niños pequeños se puede pedir a la familia que *"jueguen juntos como lo harían si están en casa sin nada que hacer"*.

Puesto que no se puede observar y grabar a las personas sin su consentimiento, hay que asumir siempre que habrá alteraciones en la conducta natural de la familia. Para reducir este sesgo puede ser útil:

a. Buscar una tarea que sea interesante para la familia, ya que en la medida en que se impliquen se olvidarán de que están siendo observados y se facilitará que actúen con naturalidad.
b. Darles razones honestas y convincentes del motivo por el que se hace la observación. Si la familia está convencida de la importancia de estudiar su funcionamiento familiar mediante esta técnica de observación es más probable que realicen la tarea adecuadamente.
c. Mantener el equipo de grabación fuera de la vista de la familia.
d. Emplear un amplio período de habituación con el objetivo de disminuir o eliminar la reactividad.
e. Evaluar el nivel de reactividad que ha habido a lo largo de las sesiones de observación con el objetivo de valorar hasta qué punto se ha reducido. También se puede preguntar a la familia, al final de la tarea, en qué medida la secuencia es típica de lo que ocurre en sus contextos naturales.

Una vez que se tiene una secuencia de 10 o 15 minutos de interacción hay que decidir a qué se presta atención. Según Copeland y White (1991) se puede analizar la información en tres niveles.

Si atendemos a los *procesos interpersonales***,** lo que importa es la secuencia, duración y proporción de la conversación que domina cada miembro, por ejemplo: *¿cómo interaccionan los miembros de la familia, independientemente de lo que dicen?, ¿hay una persona que es interrumpida con frecuencia?*

Si prestamos atención al *contenido de las intervenciones* lo que importa es qué se dice, por ejemplo: *¿es pesimista casi todo lo que dice alguien?, ¿hay miembros que nunca están en desacuerdo?*

Por último, se puede centrar el análisis en la *expresión afectiva*, es decir, aspectos no verbales de la interacción familiar, por ejemplo: *¿hay alguien especialmente oposicionista aunque en el nivel de contenido parezca cooperador?, ¿hay tonos de voz tensos, o gestos que indican conflicto entre dos personas?, ¿hay alguien particularmente atento, que se incline hacia delante, asienta o sonría, incluso aunque no diga nada?*

A continuación nos vamos a centrar en algunos de los códigos de observación más utilizados para evaluar el sistema familiar y el subsistema marital.

Las Escalas de Interacción de Beavers (Competencia familiar y Estilo familiar)

El Modelo Sistémico de Beavers del funcionamiento familiar refleja 25 años de investigación y trabajo clínico, combinando una orientación psiquiátrica con una teoría general de los sistemas y hace operativa la teoría desarrollada por los autores sobre el funcionamiento familiar (Beavers y Hampson, 1995). Este modelo, que se desarrolló a partir de una investigación orientada a identificar las cualidades familiares relacionadas con el éxito familiar, plantea que las dos dimensiones más relevantes son la competencia familiar y el estilo familiar. Para la evaluación el entrevistador pide a la familia que hablen durante 10 minutos sobre "Qué les gustaría que cambiase en su familia". Durante ese tiempo la familia es observada y grabada en vídeo y, con estos datos, es evaluada en las dos escalas observacionales:

A) *Escala de Competencia Familiar*. El constructo principal evaluado mediante la escala de competencia es una cualidad globalmente definida de salud/competencia, que indica en qué medida la familia realiza bien sus funciones básicas como dar apoyo y sustento, establecer límites generacionales y liderazgos eficaces, potenciar la separación y la autonomía evolutiva de los hijos, negociar los conflictos y comunicarse eficazmente. Las áreas que evalúa esta escala son las siguientes: poder manifiesto, coalición paterna, cercanía, negociación dirigida a un objetivo, claridad de expresión, responsabilidad, permeabilidad, gama de sentimientos, tono de sentimientos, empatía y una escala global de salud. Evaluar y comprender la competencia familiar es un paso necesario para reconocer las virtudes, la estructura y las

relaciones de la familia. Sin embargo, la evaluación de una dimensión íntimamente relacionada, el estilo familiar, es esencial para la planificación de una intervención terapéutica eficaz.

Ejemplo. Una dimensión que se mide en la escala de competencia familiar es la *estructura de la familia*. Para evaluar dicha dimensión se contemplan tres aspectos que son: el poder manifiesto (que podría oscilar "de caótico" a "igualitario"), la coalición paterna (que contempla las posibles coaliciones padre-hijo o la fuerte coalición paterna), y la cercanía (que fluctuaría entre los límites indefinidos a los límites definidos cerrados).

B) *Escala de Estilo Familiar*. Esta escala tiene como objetivo valorar las cualidades observables relacionadas con el estilo familiar a través de la observación de la interacción actual. Beavers y Hampson (2000) entienden que el estilo familiar indica en qué medida la familia considera que la fuente de bienestar en las relaciones se encuentra en la propia familia (centrípeta) o considera que se encuentra en el exterior (centrífuga). Los conceptos *centrípeto* y *centrífugo* son claves para esta teoría. En el estilo familiar centrípeto, la familia tiene una fuerte orientación interna, ya que el mundo exterior se considera relativamente amenazante. Se considera a la familia como la principal esperanza para la gratificación de necesidades cruciales. En el estilo familiar centrífugo, la familia tiene una fuerte orientación hacia el mundo externo, ya que es menos amenazante que las relaciones familiares de cercanía. La principal fuente de gratificación de las necesidades cruciales se considera que está fuera de la familia. Las familias más competentes son aquellas que son capaces de modificar su estilo familiar según las necesidades de sus miembros. Las áreas que permiten evaluar el estilo familiar son las siguientes: necesidad de dependencia, conflicto adulto, espacio físico, expresión de cercanía, expresión de sentimientos positivos y negativos, cualidades asertivas y escala global de estilo familiar.

Ejemplo. Una dimensión que se mide en la escala de estilo familiar es la *necesidad de dependencia* y para evaluar dicha dimensión se contemplan cinco opciones de respuesta que oscilan entre "se desaprueban, se ignoran" a "se alientan, se está pendiente de atenderlas".

Los datos para evaluar familias se obtienen cuando el entrevistador o

terapeuta pide a los miembros de la familia que realicen un ejercicio (normalmente, que hablen sobre lo que les gustaría que cambiase en su familia) y a continuación sale de la habitación. La familia es observada con una cámara de vídeo o a través de un espejo unidireccional, o con ambos, durante aproximadamente 10 minutos. Este diálogo entre la familia proporciona una muestra de su conducta interactiva y dirigida a un objetivo. Los autores observaron que la competencia en un ejercicio tan breve tiene una alta correlación con la competencia de la familia en ejercicios de vida familiar de mayor envergadura.

Además de las escalas de observación, el modelo de Beavers cuenta también con un autoinforme que permite evaluar ambas dimensiones desde la perspectiva de los miembros de la familia.

Disponibilidad: Las escalas de interacción están disponibles en Beavers, W.R y Hampson, R.B. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.

Sistema de evaluación familiar (SEF)

El sistema de evaluación familiar, SEF (López y Escudero, 2003) se basa en tres conocidos modelos familiares: el modelo circumplejo de Olson, el modelo de Beavers y la Escala de Salud Familiar de Kinston, Loader y Miller (1987).

Es un sistema de evaluación de la familia que pretende describir la estructura, el funcionamiento y los estilos de interacción familiar que permiten obtener información sobre sus estrategias de afrontamiento y cómo los patrones de interacción pueden relacionarse con la salud de la familia y sus miembros.

El SEF considera dos dimensiones básicas e independientes que, al igual que el modelo de Olson (que se expone en el apartado 2.2.2), tienen cada una dos polos extremos y dos niveles centrales. Estas dos dimensiones son:

1. *Estructura y funcionamiento familiar*. Para valorar esta dimensión se tiene en cuenta:

a. *Cohesión familiar.* Se refiere al grado de autonomía entre los miembros de la familia y al vínculo emocional entre ellos. Dentro de esta dimensión se evalúan límites, alianzas y coaliciones y cuestiones espaciales, temporales y de amistad.

La valoración de esta dimensión permite clasificar a la familia en una de estas tipologías: Desligada, Separada, Conectada o Aglutinada.

b. *Adaptabilidad*. Es la capacidad del sistema para afrontar demandas ambientales y evolutivas. Se incluyen en esta dimensión la respuesta de la familia a las demandas, el control y la disciplina, la negociación, los roles y las reglas.

Según la valoración en esta dimensión la familia puede ser clasificada como: Caótica, Flexible, Estructurada o Rígida.

c. *Rutinas y rituales familiares*. Esta dimensión hace referencia a la estructuración de las actividades cotidianas y especiales y a cómo, algunas de ellas, adquieren un significado subjetivo especial y dan identidad como familia. Se evalúan en esta dimensión la distribución de actividades cotidianas, quién hace qué y cómo, y rituales de celebración.

La valoración de esta dimensión permite clasificar a las familias en: Difusas, Flexibles, Pautadas o Inamovibles.

2. *Estilos de interacción familiar*. Los estilos de interacción se evalúan mediante dos dimensiones:

a. *Afectividad*. Engloba el clima emocional que rodea a los miembros, la implicación emocional y la expresión de afecto entre ellos.

La afectividad se valora como: Fría, Cálida o Subyugante.

b. *Comunicación*. Evalúa el patrón de comunicación característico de la familia.

La comunicación puede ser: Caótica, Adecuada o Estereotipada.

Para realizar la evaluación el terapeuta o investigador se basa en las sesiones que haya tenido con la familia bien a través de la observación directa o a partir de la grabación en vídeo. En general, se realizan en las primeras entrevistas y puede hacerse durante la propia entrevista o posteriormente.

Además de estas dos dimensiones el SEF se completa con la realización de un genograma y un ecomapa de la familia que se puede encontrar descrito en López y Escudero (2003).

Disponibilidad: Una descripción más detallada del Sistema de evaluación familiar, las escalas utilizadas y las instrucciones de aplicación y corrección se puede obtener en López y Escudero (2003). *Familia, evaluación e*

intervención. Madrid: Editorial CCS.

2.1.2. Códigos de observación de la interacción marital[1]

En las décadas de los 70 y 80 se crearon una gran cantidad de sistemas de observación y codificación de las interacciones maritales. Las dimensiones más estudiadas han sido el dominio o distribución del poder dentro de la relación, la expresión de sentimientos y de afectos positivos y negativos, la claridad en la comunicación, el intercambio de información a la hora de tomar decisiones y resolver conflictos, el grado de tensión o conflictos y el apoyo existente entre la pareja (Cáceres Carrasco, 1996).

Aunque en España apenas existe tradición en el uso de estos sistemas, en EE.UU. su utilización es frecuente tanto en el ámbito clínico como entre los investigadores que centran sus estudios en la relación marital. John Gottman (1979) ha desarrollado numerosas investigaciones a partir de la elaboración de su *Couples Interaction Scoring System (CISS)*. Este *Sistema de Codificación en la Interacción en la Pareja* tiene como objetivo principal identificar aspectos interactivos que discriminen a las parejas satisfechas con su relación de las parejas en conflicto, para así poder desarrollar posteriormente programas de prevención e intervención marital. Diferentes estudios han señalado las óptimas propiedades psicométricas de este sistema de codificación (Cáceres Carrasco, 1996).

El CISS codifica la interacción en dos niveles diferentes: *codificación no verbal*, tanto del que habla como del que escucha (afecto) y *codificación verbal* (contenido). Las tareas utilizadas para generar la interacción entre la pareja generalmente consisten en la discusión de un problema (directa o indirectamente relacionado con la pareja). El procedimiento consiste en pedir a la pareja que hable durante 10 o 15 minutos mientras la interacción es grabada y transcrita. Posteriormente los codificadores analizan tanto los aspectos relacionados con el contenido como con el afecto. En los códigos de contenido se incluyen aspectos como la expresión de sentimientos o información acerca de un problema, la lectura del pensamiento, las tasas de acuerdo y desacuerdo, etc. En los códigos de afecto se recogen las manifestaciones no verbales durante la comunicación como los gestos de aprobación (sonrisa, asentimiento), de rechazo (fruncir el ceño), así como el

tono de voz o la postura.

Disponibilidad: Este código y algunos otros pueden consultarse en: Cáceres Carrasco, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

2.2. Cuestionarios y escalas

Otro procedimiento habitual de recogida de información de cara a realizar una evaluación del funcionamiento familiar son los cuestionarios y escalas de autoinforme. Un *cuestionario* es una lista de preguntas que se proponen con la finalidad de medir diferentes aspectos del funcionamiento familiar. Una *escala* es un cuestionario pero con una particularidad: todas las preguntas o ítems son indicadores del mismo rasgo o actitud, por tanto, se puede obtener una puntuación total de un sujeto para valorar dónde se encuentra o *cuánto tiene* de la variable o característica que pretendemos medir (Morales Vallejo, 2006).

Aunque hay investigadores que plantean que las preguntas más interesantes sobre la familia sólo pueden ser exploradas a través de la utilización de métodos observacionales (de forma que podamos ver lo que los miembros de la familia realmente hacen y no sólo lo que dicen que hacen), hay varias razones que hacen aconsejable el uso de este tipo de instrumentos solos o en combinación con la observación:

- Hay informaciones que sólo se pueden obtener preguntando directamente a los miembros de la familia, como los sentimientos de un hijo único acerca de la falta de hermanos, la evaluación que hace la mujer de la conducta de crianza de su marido o la percepción que tienen los miembros de en qué medida mantienen unas relaciones cercanas e íntimas.
- Es apropiado para obtener medidas de aspectos subjetivos como las ideas, los pensamientos, las emociones y actitudes acerca de las relaciones familiares.
- También son útiles para recoger la opinión que los individuos tienen de diferentes aspectos de la vida familiar, por ejemplo, si pasan suficiente tiempo juntos o la forma en que toman decisiones.
- Las razones prácticas son también importantes: es mucho más barato en términos de tiempo y dinero.
- Tienen la ventaja del anonimato. Hay temas a los que la gente responde mejor si saben que su cuestionario es anónimo: malos tratos en la familia,

satisfacción matrimonial o sentimientos hacia los hijos.

Aun así, también es importante tener en cuenta algunos sesgos que se presentan en el uso de este tipo de instrumentos como son, además de los señalados en el punto 2.1., los siguientes: el sesgo de respuesta debido a la deseabilidad social, la tendencia a estar de acuerdo o en desacuerdo con todos los ítems o la tendencia a no pronunciarse (respondiendo siempre el término medio).

2.2.1. Propiedades psicométricas

A la hora de escoger una escala o un cuestionario es importante considerar sus propiedades psicométricas, en especial la fiabilidad y la validez.

La *fiabilidad* indica el grado de precisión de la medida. Es importante recordar que la fiabilidad no es una característica de un instrumento sino una característica de unos resultados, de unas puntuaciones obtenidas en una muestra determinada. Cuando obtenemos una fiabilidad alta queremos señalar que los mismos sujetos en diferentes ocasiones han obtenido puntuaciones similares utilizando el mismo instrumento.

Existen tres procedimientos distintos para calcular la fiabilidad (Morales Vallejo, 2006):

a. Método test-retest. Los sujetos responden dos veces al mismo test, dejando entre las dos veces un intervalo de tiempo. El coeficiente de correlación entre las dos ocasiones es lo que denominamos *coeficiente de fiabilidad test-retest*. Una correlación alta indica que en las dos veces los sujetos han respondido de la misma o parecida manera. Por tanto podemos afirmar que un instrumento es fiable si en veces sucesivas se obtienen los mismos resultados.

b. Pruebas paralelas. Se utiliza cuando se preparan dos versiones del mismo test. Los ítems son distintos en cada test pero con ambos se pretende medir lo mismo. En este caso el coeficiente de fiabilidad es la correlación entre las dos formas paralelas, respondidas por los mismos sujetos.

c. Coeficientes de consistencia interna. Este es el enfoque más utilizado, de hecho cuando se habla de fiabilidad sin más matizaciones, hay que entender que se trata de fiabilidad en el sentido de consistencia interna. Este coeficiente trata de determinar hasta qué punto las respuestas son lo

suficientemente coherentes (relacionadas entre sí) como para poder concluir que todos los ítems miden lo mismo, y por lo tanto son sumables en una puntuación total única que mide un rasgo. Si el coeficiente es alto indica que la escala tiene garantía de *unidimensionalidad*, es decir, de que un único rasgo subyace a todos los ítems.

En el sentido más común del término, la *validez* se refiere a si el instrumento que estamos utilizando realmente mide lo que creemos estar midiendo y no otra cosa. Esta definición corresponde a la *validez de constructo*, que es el concepto integrador de todos los tipos de validez (Morales Vallejo, 2006). Otros tipos de validez comúnmente utilizados son la validez de contenido y de criterio. La *validez de contenido* se refiere a la relevancia de los ítems o al grado en que los ítems de una escala representan un determinado universo temático. La *validez de criterio* se refiere a los coeficientes de correlación con otras medidas o criterios relacionados con la variable que estamos midiendo.

2.2.2. Escalas y Autoinformes

En este apartado vamos a recoger algunas de las escalas más utilizadas en la práctica clínica y en la investigación en terapia familiar en nuestro país. Con el objetivo de abarcar a todos los miembros de la familia hemos recogido algunos instrumentos que se centran en medir algunas variables del sistema familiar, del subsistema marital y del subsistema paterno-filial que la mayor parte de los expertos coinciden que son básicas para alcanzar un buen ajuste familiar (Bray, 1995).

2.2.2.1. Escalas y autoinformes sobre relaciones familiares

Se presentan a continuación algunos instrumentos aplicables al sistema familiar en su conjunto, y que miden variables vinculadas al grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia.

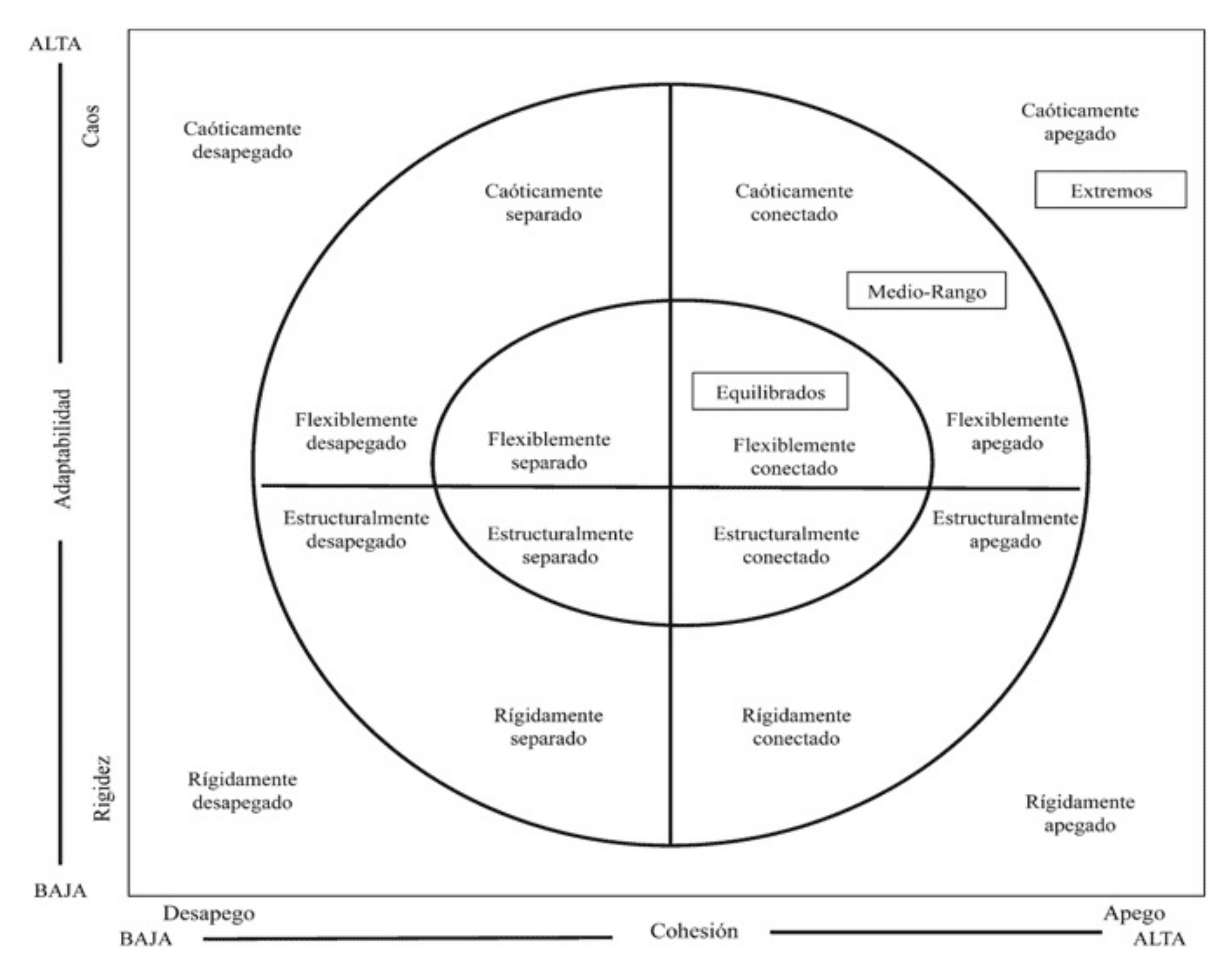
Escalas de adaptabilidad y cohesión familiar ***(FACES III) (Olson, Portner y Lavee, 1985)***

Estas escalas se basan en el Modelo Circumplejo de Evaluación Familiar que se ha ido desarrollando durante los últimos 30 años. Las diversas versiones del FACES se han utilizado en más de 700 investigaciones con familias, lo que lo convierte en uno de los instrumentos de evaluación familiar más utilizados y contrastados (Olson y Gorall, 2003). El modelo circumplejo propuesto por los autores plantea que hay dos dimensiones básicas del funcionamiento

familiar que subyacen a la mayor parte de las teorías familiares sistémicas (Olson y Gorall, 2003; Polaino-Lorente y Martínez, 1998): la conexión emocional o cohesión, y la capacidad de cambio o adaptabilidad. La *Cohesión* se define como el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, aunque también hace referencia al nivel de autonomía que una persona experimenta en su familia. La *Adaptabilidad* se define como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, estructura de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés provocado por una situación concreta o por el desarrollo vital evolutivo de la familia. A su vez, cada una de estas dimensiones se subdivide en varias áreas conceptuales que ayudan a medirla. Las áreas en que se evalúa el nivel de cohesión de la familia son: lazos emocionales, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. La adaptabilidad, por su parte, se vincula con las áreas de liderazgo, disciplina, negociación y estructura de roles y reglas de relación.

Tanto la cohesión como la adaptabilidad se subdividen en cuatro niveles. Según su puntuación una familia puede ser clasificada en uno de los cuatro niveles de cohesión posibles (de mayor a menor puntuación: aglutinada, conectada, separada o desvinculada) y en uno de los cuatro niveles de adaptabilidad (de mayor a menor: caótica, flexible, estructurada y rígida). Si se cruzan las 4 tipologías de cohesión y las 4 de adaptabilidad en un cuadro de doble entrada, obtenemos 16 tipos de familia (como se ilustra en la Figura 1). Como se puede observar, se podrían establecer tres grandes tipos de familia: extremas (puntúan en los extremos en ambas dimensiones); intermedias (puntúan en el extremo en una dimensión y en valores intermedios en otra), y balanceadas (puntúan en valores intermedios de ambas dimensiones). Las más disfuncionales serían las familias extremas y las más funcionales las familias balanceadas.

Figura 1. Modelo circumplejo (Olson et al, 1985)



Hasta el momento Olson y su equipo han desarrollado cuatro versiones del cuestionario que evalúa este modelo. En España se ha realizado una adaptación del FACES II (Martínez Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz, 2006)[2] y dos validaciones diferentes del FACES III (Forjaz, Martínez Cano y Cervera, 2002; Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001), aunque por razones de espacio sólo nos referiremos a la segunda.

A continuación se ofrece la adaptación española del FACES III realizada por Forjaz et al., (2002) basada en el estudio inicial de Polaino-Lorente y Martínez (1998). Las escalas fueron administradas a una muestra de población compuesta por 632 padres y madres.

Descripción del instrumento

Área de estudio: Relaciones Familiares (puede ser administrada a cualquier familia en cualquier momento del ciclo de la vida, desde los matrimonios recién casados sin hijos a los matrimonios mayores jubilados y cuyos hijos ya

no viven en el hogar).

Persona que responde**:** Lo ideal es que las FACES III se administren a todos los miembros de la familia mayores de 12 años.

Características. El cuestionario está compuesto por dos subescalas que miden adaptabilidad y cohesión (denominadas flexibilidad y vinculación emocional en la versión del grupo Lisis[3]). En cada escala, 10 de los ítems son relativos a la cohesión (corresponden a los ítems impares) y 10 a la adaptabilidad (corresponden a los ítems pares). El formato de respuesta consiste en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta según la frecuencia de ocurrencia (desde *casi nunca*: 1, hasta *casi siempre*: 5).

Características psicométricas

Fiabilidad. Se ha obtenido un Alpha de Cronbach de 0.72 para la escala de Cohesión y de 0.68 para la de Adaptabilidad en muestra española. Estos índices son similares a los obtenidos con muestra norteamericana de características parecidas (adultos en todas las fases del ciclo vital familiar).

Validez. En la adaptación a población española el cuestionario presenta buenos índices de validez convergente y discriminante.

Ítems. Algunos ítems de la escala de Cohesión son: *Nos pedimos ayuda los unos a los otros*, *En nuestra familia es muy importante sentirnos todos unidos*, *Con facilidad podemos pensar cosas para hacer todos juntos como una familia.*

Algunos ítems de la escala de Adaptabilidad son*: Tenemos en cuenta las sugerencias de nuestros hijos para solucionar problemas*, *Intercambiamos las responsabilidades de la casa (tareas y obligaciones)*, *Las normas cambian en nuestra familia.*

Disponibilidad

Pueden consultarse estas adaptaciones españolas en: Polaino-Lorente, A. y Martínez Cano, P. (1998) Las “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales” (FACES III). En A. Polaino-Lorente y P. Martínez, *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Navarra: Rialp y en Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., Cava, M.J. (2001) *Familia y Adolescencia*. Madrid: Síntesis (p. 109-110).

APGAR familiar (Smilkestein, 1978)

El APGAR familiar (Smilkestein, 1978) es un instrumento útil para conocer

el nivel de funcionalidad familiar. Ha sido desarrollado en el ámbito médico en el que su uso es también más frecuente. Es de gran utilidad por su brevedad y facilidad de aplicación ya que consta únicamente de 5 preguntas, aunque esto mismo hace que a veces sea una medida excesivamente general y falta de matices. Se ha utilizado en diversos estudios (Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli, 1996; Pérez, Pérez, Martínez, Leal y Jiménez, 2007) tanto en screening como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, depresión y embarazos adolescentes.

El cuestionario consta de 5 ítems que miden las siguientes dimensiones:

1. *Adaptabilidad*, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
2. *Cooperación*, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; cómo comparten los problemas y cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
3. *Desarrollo*, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
4. *Afecto*, mide las relaciones de cuidado y cariño que se dan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos.
5. *Capacidad resolutiva*, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

A continuación se ofrece la adaptación española del APGAR realizada por Bellón, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli (1996). La validación fue llevada a cabo con una muestra de 656 personas mayores de 14 años de edad, atendidos en las consultas de atención primaria en Granada.

Descripción del instrumento

Área de estudio: Relaciones familiares en general.

Persona que responde: Cualquier miembro de la familia mayor de 10 años.

Características: Es una escala con una única dimensión, disfunción familiar,

con 5 componentes cada uno de los cuales es evaluado con un ítem: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afecto y capacidad resolutiva.

Características psicométricas

Fiabilidad. En la validación española posee una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach es de 0.84) y la fiabilidad test-retest es superior a 0.75 (aplicado con una media de 6 días de diferencia y el intervalo varía entre 3 y 21 días).

Validez. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto, la disfunción familiar, explicando ese único factor el 61,9% de la varianza.

Ítems: *¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?, ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?, ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?, ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?, ¿Siente que su familia le quiere?*

Disponibilidad

El cuestionario y las normas de corrección están disponibles en:

http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf

2.2.2.2. Escalas y autoinformes sobre relaciones de pareja

Para evaluar el subsistema marital se han seleccionado dos instrumentos que miden algunas de las variables más estudiadas, como son el ajuste y la satisfacción marital.

Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976)

La Escala de Ajuste Diádico (EAD) es uno de los instrumentos más utilizados en la investigación sobre parejas. Desde el año de su publicación se han llevado a cabo gran cantidad de estudios tanto para valorar sus propiedades psicométricas como para evaluar la satisfacción en la pareja en investigaciones diversas. En nuestro país hay varias versiones y validaciones disponibles (Cáceres Carrasco, 1996; Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009). La Escala de Ajuste Diádico es un cuestionario constituido por 32 preguntas que miden el ajuste marital o armonía global de una pareja a través del grado de consenso, la satisfacción, la cohesión y el grado de expresión del afecto.

Debido a los problemas de replicar la estructura factorial original y a la necesidad de contar con un instrumento válido y fiable, se han creado otras

versiones más breves, entre ellas la versión reducida a 13 ítems que se presenta a continuación. Esta versión reducida del cuestionario y adaptada por Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009) se llevó a cabo con 710 sujetos con pareja estable. La versión breve del DAS quedó formada por 13 ítems y tres factores.

Descripción del instrumento

Área de estudio: Relación de pareja.

***Persona que responde*:** Adultos que conviven en una relación de pareja.

Características. El cuestionario original consta de 32 ítems con un formato de respuesta variable que abordan distintas áreas significativas de las relaciones de pareja. Los ítems se agrupan en cuatro subescalas que proporcionan información sobre dimensiones del ajuste en una pareja, aunque la escala se analiza generalmente de una forma global. En la versión reducida de 13 ítems son tres las áreas que se exploran:

1. *Consenso de pareja*. Compuesta por 5 ítems que informan del grado de acuerdo/desacuerdo percibido en diferentes áreas como temas económicos, tareas domésticas, religión, actividades de ocio, relaciones con los familiares próximos, toma de decisiones o decisiones relacionadas con el trabajo.
2. *Satisfacción marital*. Esta escala formada por 5 ítems evalúa el grado de satisfacción con la relación, valorada a través de la frecuencia de pensamientos sobre separación o de discusiones y mediante su valoración de que la relación va bien. Asimismo, se pide que valoren su posición en una escala de “felicidad marital”.
3. *Cohesión marital*. Recoge actividades que la pareja lleva a cabo de forma conjunta, como tener un intercambio estimulante de ideas, reír, charlar o colaborar en algún proyecto (3 ítems).

Ítems[4]. Algunos de los ítems de la versión breve de la Escala de Ajuste Diádico son: *¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o separación?, ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa? ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?*

Características psicométricas

Fiabilidad. Se ha comprobado la existencia de una buena consistencia interna por medio del coeficiente Alpha de Cronbach para la escala total de 0.83 y

para las subescalas (Consenso, 0.73; Satisfacción, 0.70; Cohesión, 0.63).

Validez. Con respecto a la estructura factorial en muestra española se ha encontrado una estructura multidimensional formada por 3 factores: Consenso, Satisfacción y Cohesión. Esta versión abreviada ha mostrado las mismas propiedades de fiabilidad y validez, con la ventaja que supone contar con un formato más corto para evaluar el mismo constructo. Las evidencias de validez se ponen de manifiesto en las correlaciones de signo positivo que encuentran los autores entre la versión abreviada del DAS y la Escala de Aserción en la Pareja (ASPA; Carrasco Galán, 1998).

Disponibilidad

El cuestionario reducido está disponible en el artículo citado y la escala completa se puede encontrar en Echeburúa y Corral (1998) y Cáceres Carrasco (1996).

Inventario de satisfacción marital (Snyder, 2008)

El Inventario de Satisfacción Marital es un cuestionario diseñado para identificar el tipo y la intensidad del malestar en diferentes aspectos de la interacción de la pareja. Es un cuestionario con una larga trayectoria de utilización clínica y de investigación en Estados Unidos y ha sido adaptado en varios países.

En este apartado se presenta la versión traducida al español del MSI-R realizada en México (Snyder, 2008) ya que, aunque existe una versión con población española (Reig-Ferrer, Cepeda-Benito y Snyder, 2004), está aún en proceso de publicación.

Descripción del instrumento

Área de estudio: Relación de pareja.

Persona que responde: Varón o mujer con una relación de pareja estable.

Características. El Marital Satisfaction Inventory-R es un cuestionario de 150 ítems diseñado para identificar el tipo y la intensidad del malestar en diferentes aspectos de la interacción de la pareja. El cuestionario se pasa a cada miembro de la pareja por separado y se tarda unos 25 minutos en contestarlo. Los ítems se distribuyen en 13 subescalas (dos escalas de validez, una de malestar general y diez más que evalúan dimensiones específicas de la relación) y con las puntuaciones en cada una se traza un perfil de respuesta. Las subescalas son las siguientes:

1. *Inconsistencia* (INC). Esta subescala de validez permite evaluar la consistencia de las respuestas de los sujetos al contenido de los ítems (20 ítems). Las puntuaciones altas reflejan mayor inconsistencia.
2. *Convencionalismo* (CNV). Esta subescala de validez evalúa la tendencia del sujeto a percibir su relación de una forma socialmente deseable. Consta de 10 ítems y las puntuaciones altas reflejan la negación de problemas habituales de una relación.
3. *Ansiedad Global* (GDS). Evalúa el grado de insatisfacción global con la relación (22 ítems).
4. *Comunicación afectiva* (AFC). Evalúa el nivel de insatisfacción del sujeto con la cantidad de afecto y comprensión expresado por su pareja (13 ítems).
5. *Resolución de problemas* (PSC). Evalúa la falta de efectividad en la resolución de sus diferencias (19 ítems).
6. *Agresión* (AGG). Evalúa el nivel de intimidación y agresión física que experimenta el sujeto por parte de su pareja (10 ítems).
7. *Tiempo compartido* (TTO). Evalúa el grado de compañerismo en la relación a través del tiempo que pasan juntos en actividades de ocio (10 ítems).
8. *Desacuerdo económico* (FIN). Evalúa el nivel de desacuerdo acerca del manejo de temas económicos (11 ítems).
9. *Insatisfacción sexual* (SEX). Evalúa el nivel de insatisfacción con la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales (13 ítems).
10. *Orientación de rol* (ROR). Evalúa la preferencia del sujeto por un rol marital y parental tradicional o no tradicional. Las puntuaciones altas indican la preferencia por un rol de género menos tradicional y más igualitario (12 ítems).
11. *Antecedentes de malestar familiar* (FAM). Evalúa la existencia de separación y divorcio en la familia de origen del sujeto que responde (9 ítems).
12. *Insatisfacción con los hijos* (DSC). Evalúa la calidad de la relación de la pareja con sus hijos y las preocupaciones con respecto al bienestar emocional o conductual de uno o más hijos (11 ítems).
13. *Conflicto relacionado con la crianza de los hijos* (CCR). Evalúa el nivel de conflicto entre los padres con respecto a las prácticas educativas (10 ítems).

    Ítems: *“Mi cónyuge hace muchas cosas para demostrarme que me ama”*, *“Mi*

cónyuge a veces no entiende cómo me siento", "Mi cónyuge no muestra suficiente afecto por nuestros hijos", "Mi cónyuge nunca me ha amenazado con lastimarme".

Disponibilidad

El cuestionario, manual de instrucciones y corrección están disponibles en Snyder, D.K. y Garibay, L.D. (2008). *Inventario de satisfacción marital revisado.* MSI-R. México: Manual Moderno.

2.2.2.3. Escalas y autoinformes sobre relaciones padres-hijos

Para evaluar las relaciones paterno-filiales se han recogido algunos de los instrumentos que miden las prácticas de crianza o estilos educativos empleados por los padres y las madres en la tarea de socialización de los hijos/as. Esta dimensión adquiere una especial relevancia en la evaluación del sistema familiar porque permite estudiar una de las tareas fundamentales de los progenitores a lo largo del ciclo vital familiar y que es fundamental para lograr el ajuste psicológico y emocional de los hijos.

Escalas de afecto y de normas y exigencia ***(ea y ene) (Bersabé, Fuentes, Motrico, 2001)***

La literatura clásica sobre los estilos educativos identifica dos dimensiones básicas de la relación entre padres e hijos: por un lado el afecto y, por otro, la exigencia o control. El afecto o apoyo se refiere al *grado de afecto o valoración* de en qué medida los padres promueven la individualidad y aserción de su hijo a través del apoyo, estar sintonizados y del dar respuesta a sus necesidades y demandas. Los aspectos más importantes de esta variable son: calidez, reciprocidad, comunicación clara centrada en la persona y apego (Baumrind, 1996). El término exigencia o control se refiere específicamente al *tipo o grado de intensidad del intento de influir en los hijos por parte de los padres (disciplina)* más que al logro efectivo de influencia o grado de control.

A partir de estas dos dimensiones se han categorizado cuatro tipologías de relación entre padres e hijos (McCoby y Martin, 1983). Aunque las denominaciones pueden variar, las más usuales son las siguientes: 1) democrático, asertivo o autoritativo (alto en afecto y alto en exigencia), 2) autoritario (bajo en afecto y alto en exigencia), 3) permisivo o indulgente (alto en afecto y bajo en exigencia) y 4) negligente o abandonante (bajo en ambas dimensiones). La investigación llevada a cabo, tanto con niños como con

adolescentes, ha mostrado que el estilo educativo de los padres está relacionado con el desarrollo y el comportamiento del hijo (Ceballos y Rodrigo, 1998; Mestre, Tur, Samper, Nácher y Cortés, 2007).

Dada la importancia de los estilos educativos en el desarrollo de hijos competentes, se han creado multitud de cuestionarios para evaluarlos. El cuestionario que se presenta en este apartado se desarrolla desde el modelo de construcción conjunta (Palacios, 1999) que plantea dos supuestos: 1) las relaciones padres-hijos son bidireccionales y, por lo tanto, tanto padres como hijos influyen en la creación de un cierto tipo de crianza, y 2) las prácticas educativas son eficaces si se adecúan a la edad de los hijos. Por ello, elaboran un instrumento que se ajusta a este modelo y que, por tanto, evalúa tanto la perspectiva de los padres como la de los hijos y, además está centrado en una etapa evolutiva específica: la adolescencia.

Otro aspecto a destacar del cuestionario es la formulación de los ítems de modo que reflejen conductas específicas de los padres (es decir, sus prácticas educativas reales) más que opiniones generales sobre la educación, de forma que se verán menos influenciados por la deseabilidad social.

Escalas de Afecto y de Normas y Exigencia (versión hijos)

A continuación se muestra la adaptación española realizada por Fuentes, Motrico y Bersabé (1999). El cuestionario se administró a 402 adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 17 años.

Descripción del instrumento

Área de estudio*:* Relación padres-hijo.

Persona que responde: Hijo/a adolescente (12-17 años).

Características. El cuestionario para los hijos consta de dos escalas que evalúan las dimensiones básicas de la crianza según el modelo clásico de la teoría de estilos educativos: afecto y normas. Los hijos responden según la percepción que tienen de la conducta de su padre/madre.

La Escala de **Afecto** está compuesta por 20 ítems divididos en dos subescalas de 10 ítems cada una.

1. *Afecto-comunicación* se refiere al afecto, interés y comunicación que manifiestan los padres a sus hijos/as. Ej. *Habla conmigo de los temas que son importantes para mí.*

2. *Crítica-rechazo*. Evalúan la crítica, el rechazo y falta de confianza de los padres hacia sus hijos/as. Ej. *Le gustaría que fuera diferente*.

La Escala de **Normas y Exigencia** (ENE) está compuesta por 28 ítems divididos en tres subescalas referentes a la forma que tienen los padres de poner las normas a los hijos/as y exigir su cumplimiento:

1. *Forma Inductiva*: los padres explican a sus hijos el establecimiento de las normas y les exigen su cumplimiento teniendo en cuenta las necesidades y posibilidades de sus hijos (10 ítems). Ej.: *Tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme*.
2. *Forma Rígida*: los padres imponen a sus hijos el cumplimiento de las normas y mantienen un nivel de exigencia demasiado alto o inadecuado a las necesidades de los hijos (10 ítems). Ej.: *Intenta controlar mi vida en todo momento*.
3. *Forma Indulgente*: Los padres no ponen normas ni límites a la conducta de sus hijos y si lo hacen no exigen su cumplimiento (8 ítems). Ej.: *Me dice que sí a todo lo que le pido*.

El formato de respuesta es una escala tipo Likert con 5 grados de frecuencia (nunca; pocas veces; algunas veces; a menudo; siempre). La puntuación de cada factor está comprendida entre 10 y 50.

Además de las puntuaciones por subescalas, también se obtiene una puntuación total en afecto que es el resultado de restar a la puntuación en afecto y comunicación la puntuación en crítica y rechazo.

Características psicométricas

Fiabilidad. Todas las puntuaciones en las escalas muestran una adecuada consistencia interna.

Validez. *Escala EA-H.* La escala presenta una estructura bifactorial que se corresponde con las subescalas propuestas y que es similar para los padres y para las madres. *La validez convergente de la EA-H*, que se ha estudiado en relación con una medida de vinculación con los padres, es adecuada.

Escala ENE-H. La escala ENE-H presenta una estructura trifactorial en la que los ítems pesan más alto en el factor que teóricamente están midiendo. La estructura factorial es similar para los padres y para las madres. Por otro lado, se ha estudiado la relación de las tres escalas de ENE-H con las subescalas del

Cuestionario de Autoridad Parental (Buri, 1991) que evalúa tres tipos de estilo de autoridad parental similares al ENE. Las correlaciones entre las subescalas son positivas y significativas en la dirección esperada.

Ítems. Algunos de los ítems para la versión para los hijos son: *Mi padre/madre me acepta tal como soy, Mi padre/madre se enfada conmigo por cualquier cosa que hago, Mi padre/madre me da confianza para que le cuente mis cosas.*

Escalas de Afecto y de Normas y Exigencia (versión padres)

A continuación se muestra la adaptación española realizada por Fuentes, Motrico y Bersabé (1999). El cuestionario se administró a 258 padres y madres de edades que oscilan entre los 28 y 69 años, todos ellos residentes en Málaga.

Descripción del instrumento

Área de estudio: Relación padres-hijo.

Persona que responde: Padre o madre con un hijo/a adolescente.

Características. El cuestionario para los padres consta, al igual que el de los hijos, de dos escalas que evalúan las dimensiones básicas de la crianza según el modelo clásico de la teoría de estilos educativos: afecto y normas. Los padres contestan a los ítems refiriéndose a cómo es su conducta concreta con su hijo/a. La estructura de la escala y el número de ítems en cada subescala es igual a la de los hijos (para más detalles, se puede consultar el apartado anterior). La escala de Afecto está compuesta por 20 ítems divididos en dos subescalas de 10 ítems cada una. Las dos dimensiones son conceptualmente similares a las mismas en la versión para los hijos: Afecto-comunicación y Crítica-rechazo.

La Escala de Normas y Exigencia (ENE) está compuesta por 28 ítems divididos en tres factores referentes a la forma que tienen los padres de poner las normas a los hijos/as y exigir su cumplimiento. Son también conceptualmente iguales a las subescalas de la versión de los hijos.

1. *Forma Inductiva (10 ítems)*. Ej.: *Le explico las razones por las que debe cumplir las normas.*
2. *Forma Rígida (10 ítems)*. Ej. *Le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer.*

3. *Forma Indulgente (8 ítems)*. Ej.: *Hago la vista gorda cuando no cumple las normas con tal de no discutir.*

El formato de respuesta es una escala tipo Likert con 5 grados de frecuencia (nunca; pocas veces; algunas veces; a menudo; siempre). La puntuación de cada factor está comprendida entre 10 y 50.

Características psicométricas

Fiabilidad. Todas las puntuaciones en las escalas muestran una adecuada consistencia interna.

También se analizó la concordancia entre la percepción que los hijos y los padres tienen de su relación en estas dos áreas. Todos los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de los hijos y las de los padres son bastante leves.

Validez. *La validez convergente de la EA-P* se estudia comparando su puntuación con la de la Escala de Evaluación de los Estilos Educativos 4E (Palacios, 1999). Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las escalas de afecto y comunicación del 4E y la de Afecto/Comunicación del EA-P. Respecto a las escalas de normas y exigencia, se encontraron relaciones significativas y negativas entre forma indulgente y nivel de exigencia y positiva entre forma rígida y grado de control del 4E.

Ítems. Algunos ítems de la versión para los padres son: *Le acepto tal como es, Le manifiesto mi afecto con detalles que le gustan, Puede contar conmigo cuando lo necesita.*

Disponibilidad

Las escalas se pueden obtener escribiendo a las autoras del cuestionario.

Cuestionario de estilos educativos (s-EMBU)

El cuestionario EMBU inicial (Egna Minen Betraffaden Uppfostran: “Mis recuerdos de crianza”) fue desarrollado en Suecia (Perris, Jacobson, Lindström, Von Knorring y Perris, 1980) para evaluar los recuerdos que tienen los adultos sobre las prácticas de crianza de sus padres. Poco después Arrindell, Emmelkamp, Brilman y Monsma (1983) lo adaptan para evaluar las prácticas de crianza percibidas en el presente por adolescentes y jóvenes. Esta adaptación ha sido ampliamente traducida y adaptada a otros países de Europa, Asia, Australia y Latinoamérica para estudios sobre prácticas de crianza y su

relación con diferentes aspectos evolutivos y psicopatológicos[5].

Dada la longitud del EMBU original para adolescentes y jóvenes, que consta de 81 ítems que deben ser contestados cada uno para el padre y para la madre, Arrindell et. al. (1999)[6] han desarrollado una versión abreviada del cuestionario. Esta versión evita los problemas que presenta la versión más larga para la evaluación en contextos clínicos y permite su inclusión en proyectos de investigación. En este cuestionario abreviado hay una única versión que evalúa con 23 ítems la percepción que el sujeto tiene de cómo han sido los patrones de crianza de los padres.

Descripción del instrumento

Se presentan las características de la versión breve del EMBU (Arrindell et al, 1999).

Área de estudio: Relación padre/madre-hijo.

Persona que responde**:** Adolescente o joven.

Características: La versión breve del EMBU está formada por 23 ítems a los que se responde en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta desde "No, nunca" a "Sí, siempre". Está integrado por tres subescalas que se definen de la siguiente forma:

1. *Calor Emocional (6 ítems)*, referida a las muestras físicas o verbales de amor por parte de los padres, aceptación y disponibilidad.
2. *Control/ Sobreprotección (10 ítems)*, evalúa los intentos de los padres de controlar la conducta de los hijos y la excesiva preocupación por la salud y las salidas de los hijos.
3. *Rechazo (7 ítems)*, valora si los padres muestran hostilidad física o verbal, agresión e indiferencia hacia sus hijos.

Ítems: *¿Te han criticado tus padres o te han dicho que eras vago e inútil, delante de otras personas?, ¿crees que ha sido exagerado el miedo que han tenido tus padres a que te pasara algo?, ¿tus padres han alabado tu comportamiento?*

Muestra: El cuestionario se ha aplicado en varias fases en un total de 11 países de Europa, Asia, Australia y América Latina. La muestra general del estudio en el que se incluye nuestro país son 1950 estudiantes procedentes de Australia, España y Venezuela. La submuestra española está formada por 708

estudiantes de diversas universidades de los cuales 310 son varones y 398 son mujeres con una edad media de 22 años.

Características psicométricas

Fiabilidad. La consistencia interna de las subescalas es buena en todas las muestras (todas tienen un Alfa de Cronbach por encima de .70). En la muestra española los índices son los siguientes: Rechazo, α=.75; Calor Emocional, α=.87; y Sobreprotección α=.71.

Validez. En cuanto a la estructura factorial, al análisis confirma la estructura de tres factores. Además, los análisis transculturales muestran la misma estructura en los distintos países analizados. Se analizó la validez de constructo y, en general, se ha comprobado que es adecuada.

Disponibilidad

El cuestionario está disponible en el artículo de Arrindell et al. (1999).

Escala de comunicación padres-adolescentes (Barnes y Olson, 1982)

La escala fue diseñada por Barnes y Olson (1982), como parte de los inventarios de evaluación familiar entre los que se encuentran el FACES II y FACES III. Dentro del Modelo Circumplejo que proponen estos autores la comunicación es, junto con la adaptabilidad y la cohesión, una de las tres dimensiones fundamentales para evaluar el funcionamiento familiar (Olson y Gorall, 2003). La Escala de Comunicación Familiar está compuesta por dos escalas que evalúan, desde el punto de vista del hijo, la comunicación con la madre y con el padre. Este instrumento también se puede utilizar en formato para padres, para lo cual basta sustituir el término padre/madre por el de padres. Según Barnes y Olson (1982) el cuestionario está integrado por dos subescalas para cada progenitor (comunicación positiva y comunicación negativa).

A continuación se muestra la adaptación española realizada por el Grupo Lisis de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia en el año 2001. La escala se ha aplicado como parte de un proyecto de investigación más amplio a una muestra de 1.049 adolescentes (el 47% chicos y el 53% chicas) de edades comprendidas entre 11 y 16 años que cursaban estudios de enseñanza media. El 88% de los sujetos provienen de familias integradas por el padre y la madre biológicos.

Descripción del instrumento

Área de estudio: Relaciones padres-hijos adolescentes.

Persona que responde: Adolescentes con edades entre 10 y 20 años.

Escalas y dimensiones: En la versión original el cuestionario está compuesto por dos subescalas, comunicación familiar positiva y comunicación familiar negativa. Cada escala consta de 10 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1-Nunca, 2-Pocas veces, 3-Algunas veces, 4-Muchas veces, 5-Siempre).

1. *Comunicación familiar positiva*, presencia en la díada padre-hijo/a de una comunicación positiva, basada en la libertad, el libre intercambio de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción.
2. *Comunicación familiar negativa*. Es decir, comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada, centrada en aspectos como la resistencia a compartir información y afecto, o estilos negativos de interacción.

En la validación española (que utiliza el mismo formato de respuesta) se encuentra, sin embargo, para el padre y para la madre una estructura de tres factores en los que la comunicación negativa se subdivide en dos tipos (ofensiva y evitativa):

1. *Comunicación abierta*. Se refiere a un estilo de comunicación positivo con los padres.
2. *Comunicación ofensiva*. Comunicación con el padre/madre caracterizada por ser crítica y negativa.
3. *Comunicación evitativa*. Comunicación con el padre/madre caracterizada por resistencia a compartir información sobre aspectos personales, como sentimientos o deseos.

Características psicométricas

Versión original

Fiabilidad. La consistencia interna de las subescalas es: 1) Comunicación abierta: 0.87; 2) Comunicación ofensiva: 0.76 y 3) Comunicación evitativa: 0.75.

Validez. En cuanto a la estructura factorial se obtiene una estructura

trifactorial en la cual el Factor I explica el 30,66% de la varianza, el Factor II el 21,85% y el Factor III el 9,52%. Otros autores han informado de una estructura similar.

Ítems. Algunos de los ítems son: *Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a, Suelo creerme lo que me dice, Me presta atención cuando le hablo.*

Disponibilidad

La escala, sus características y normas de corrección está disponible en la sección de instrumentos de la página web del grupo Lisis (Universidad de Valencia), http://www.uv.es/lisis/instrumentosnew09.htm#comunicacion

2.3. Otros instrumentos de evaluación familiar

Dada la limitación de espacio del que disponemos en el apartado anterior, mostramos en este apartado un listado de otros instrumentos de evaluación familiar adaptados o desarrollados en nuestro país y que podrían ser útiles para el lector.

- *Carrasco*, Mª.J. (1998). *ASPA. Cuestionario de Aserción en la Pareja*. Madrid: TEA.
- *Espinar Fellmann, I., Carrasco Galán, Mª.J., Muñoz San Roque*, I. y *Carrasco Galán*, I. (2008). “Spanish adaptation of the Stepparent Role Strain Index”. *The Spanish Journal of Psychology, 11* (1), pp. 314-322.
- *Friedlander, M.L., Escudero*, V. y *Heatherington*, L. (2009). “Presentación del SOATIF (Sistema para la observación de las alianzas en la terapia familiar)”. En *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja,* (pp. 51-87). Barcelona: Paidós.
- *Musitu*, G. y *García*, F. (2001). *ESPA29. Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia*. Madrid: TEA.
- *Sanz*, M. (2008). “Escala de Conflicto Interparental desde la perspectiva de los/as hijos/as (CPICS The children´s perception of interparental conflict scale)”. En Equipo EIF, *Manual de instrumentos de evaluación familiar* (pp. 141-152). Madrid: CCS.

3. Lecturas recomendadas

En los últimos años se han publicado varias obras que indexan instrumentos de evaluación para parejas y familias. Entre ellos destacan algunas obras de

compilación americanas que recogen los cuestionarios y sus principales características, aunque muchos de ellos no están adaptados en población española.

Corcoran, K. y *Fischer*, J. (2000) (3ª ed.). “Measures for clinical practice”. Vol 1. *Couples, families and children*. Londres: Free Press.

Touliatos, J., Perlmutter, B.F. & *Straus*, M.A. (Eds.) (2001). *Family Measurement Techniques: Abstracts*. Vol. 1 y 2. Londres: Ed. Sage.

———— (Eds.) (2001). *Family Measurement Techniques: Instruments & Index*. Vol. 3. Londres: Ed. Sage.

Bibliografía

Arrindell, W.A., Emmelkamp, P., Brilman, E. y *Monsma*, A. (1983). “Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 163-177.

Arrindell, W.A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., ChryseHatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L.A., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J. y *Van der Ende*, J. (1999). “The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy”. *Personality and Individual Differences*, *27*, 613-628.

Arrindell, W.A., Akkerman, A., Bagés, N., Feldman, L., Caballo, V., Oei, T., Torres, B., Canalda, G., Castro, J., Montgomery, I., Davis, M., Calvo, M.G., Kenardy, J., Palenzuela, D., Richards, J., Leong, C, Simón, M.A. y *Zaldívar*, F. (2005). “The short-EMBU in Australia, Spain and Venezuela”. *European Journal of Psychological Assessment*, *21*, 56-66.

Barnes, H. y *Olson*, D.H. (1982). “Parent adolescent communication”. En *Olson*, D.H. (Ed.) *Family Inventories*. St. Paul, Minnesota: University of Minnesota.

Baumrind, D. (1996). “The discipline controversy revisited”. *Family Relations*, *45*, 405-411.

Beavers, W.R. y *Hampson*, R.B. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós.

———— (2000). “The Beavers System model of Family Functioning”. *Journal of Family Therapy*, *22*, 128-143.

Bellón, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D., Lardelli, P. (1996). “Validez y

fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR”. *Atención Primaria*, *18*, 289-296.

Bersabé, R., Fuentes, M.J., Motrico, E. (2001). “Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales”. *Psicothema*, *13*, 678-684.

Buri, J.R. (1991). “Parental Authority Questionnaire”. *Journal of Personality Assessment*, *57*, 110-119.

Cáceres Carrasco, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Carrasco Galán, M.J. (1998). *ASPA. Cuestionario de Aserción en la Pareja*. Madrid: TEA.

Castro, J., Pablo, J., Gomez, J., Arrindell y *W.A., Toro*, J. (1998). “Análisis del comportamiento educativo desde la perspectiva de los padres: un nuevo modelo de EMBU”. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, *25*, 203-211.

Ceballos, E. y *Rodrigo*, M.J. (1998). “Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos”. En *Rodrigo, M.J., Palacios*, J. (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-260). Madrid: Alianza.

Copeland, A.P., White, D.M. (1991). *Studying families*. Londres: Sage.

Driver, J., Tabares, A., Shapiro, A.F. y *Gottman*, J.M. (2012). “Couple interaction in happy and unhappy marriages: Gottman Laboratory studies”. En *Walsh*, F. (Ed.). *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4ª ed.) (pp. 57-77). Nueva York: Guilford Press.

Echeburúa, E. y *Corral*. P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Forjaz, M.J., Martínez Cano, P. y *Cervera Enguix*, S. (2002).”Confirmatory factor analysis, validity and reliability of a Spanish Version of FACES III”. *The American Journal of Family Therapy*, *30*, 439-449.

Fuentes, M.J., Motrico, E. y *Bersabé*, R.M. (1999). *Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE): Versión hijos y versión padres*. Málaga: Universidad de Málaga.

Gottman, J.M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigations*. Nueva York: Academic Press.

Gottman, J.M. y *Notarius*, C.I. (2000). “Decade Review: Observing Marital Interaction”. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 927-947.

Kinston, w., Loader, P., Miller, l. (1987). “Quantifying the clinical assessment of family health”. *Journal of Marital Therapy, 13*, 49-67.

López, s. y Escudero, v. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: Editorial CCS.

Martínez Pampliega, A., Iraurgi, I. Galíndez, y *E., Sanz*, M. (2006). “Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español”. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*, 317-338.

McCoby, E.E. y *Martín*, J. (1983). “Socialization in The Context of the family Parent-child interactions”. En *Hetherington, E.M., Mussen, P.*H. (Eds.). *Handbook of child Psychology* (vol. 4, pp. 1-101). Nueva York: Wiley.

Mestre, M.V., Tur, A.M., Samper, P., Nácher, M.J. y *Cortés*, M.T. (2007). “Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial”. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39*, 211-225.

Morales Vallejo, P. (2006). *Medición de actitudes en Psicología y Educación: construcción de escalas y problemas metodológicos*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y *Cava*, M.J. (2001). *Familia y Adolescencia*. Madrid: Síntesis.

Navarro Góngora, J. (1996). “La evaluación en Terapia Familiar”. En *Navarro Góngora*, J. *Técnicas y programas en terapia familiar* (pp. 45-180). Barcelona: Paidós.

Olson, D.H. (2002). “Circumplex Model of Marital & Family Systems”. *Journal of Family Therapy*, 22 (2): 144-167

Olson, D.h. y *Gorall*, D.M. (2003). “Circumplex Model of Marital & Family Systems”. En *Walsh*, F. (Ed.) *Normal Family Processes* (3ª ed.) (p. 514-547). Nueva York: Guilford.

Olson, D.h., Portner, J. y *Lavee*, Y. (1985). *FACES III*. St Paul, Minnesota: University of Minnesota.

Palacios. J. (1999). “La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social”. En *López, F., Etxebarría, I., Fuentes, M.J., Ortiz,* M.J. (Coords.). *Desarrollo*

afectivo y social (pp. 267-284). Madrid: Pirámide.

Pérez, A., Pérez, R., Martínez, M.L., Leal, F.J. y *Jiménez*, I. (2007). “Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico”. *Atención Primaria, 39*, 61-65.

Perris, C., Jacobson, L., Lindström, H., Vonknorring, L. y *Perris*, H. (1980). “Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour”. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 61*, 265-274.

Polaino-Lorente, A. y *Martínez*, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Navarra: Rialp-Instituto de Ciencias para la Familia.

———— (2001). “Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia”. En *Musitu, G., Buelga, S., Lila, M.* y *Cava*, M.J. (2001). *Familia y Adolescencia* (p. 109-110). Madrid: Síntesis.

Reig-Ferrer, A., Cepeda-Benito, A. y *Snyder*, D.K. (2004). “Utility of the Spanish translation of the Marital Satisfaction Inventory-Revised in Spain”. *Assessment, 11* (1), 17-26.

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y *Sierra*, J.C. (2009). “Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas”. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*, 501-517.

Schneewind, K.A. y *Gerhard*, A.K. (2002). “Relationship Personality, Conflict Resolution, and Marital Satisfaction in the First 5 Years of Marriage”. *Family Relations, 51*, 63-71.

Smilkstein, G. (1978). “The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians”. *The Journal of Family Practice, 6*, 1231-9.

Snyder, D.K. (2008). *Inventario de Satisfacción Marital-Revisado (MSI-R)*. México: Editorial Manual Moderno.

Spanier, G.B. (1976). “Measuring dyadic adjustment. New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads”. *Journal of Marriage and the Family, 38*.

1 . Para una revisión sobre los sistemas de observación marital sugerimos consultar: Gottman, J.M. y Notarius, C.I. (2000). Decade Review:

Observing Marital Interaction. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 927-947.

2 . En el artículo se describen las dimensiones, el proceso de adaptación y se incluye el cuestionario.

3 . El grupo Lisis es el formado por Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001) de la Universidad de Valencia. http://www.uv.es/lisis/

4 . Los ítems de la versión abreviada pueden encontrarse en: Santos-Iglesias, Vallejo-Medina, y Sierra (2009).

5 . En España la adaptación más conocida la realizan Castro, Pablo, Gómez, Arrindell y Toro (1998) en la que, además, crearon una versión para niños y otra para padres.

6 . El cuestionario e instrucciones de aplicación y corrección figuran en el artículo de Arrindell et al. (1999).

5
El contexto de intervención

Teresa Suárez Rodríguez

Índice de contenidos

1. Qué es el contexto

Probablemente una de las mayores revoluciones en el modo de concebir tanto la génesis como el tratamiento de los problemas psicológicos sea la decisión de entenderlos y tratarlos en el contexto en el que aparecen. La familia, como matriz del desarrollo del individuo humano, va a ser considerada el locus óptimo para entender dichos problemas, tanto en lo que concierne a su génesis como a su mantenimiento. A partir del enfoque sistémico se da un giro fundamental en la comprensión de los trastornos emocionales: muchos de los comportamientos considerados como sintomáticos, carentes de sentido si se analizaba al individuo aislado, encajan perfectamente y adquieren un significado al estudiarlos dentro de su red de relaciones, dentro de su contexto.

Entendemos por *contexto* una intersección de sistemas en un momento dado. Mientras que los sistemas vivos tienen como objetivo principal su supervivencia, el contexto se estructura en un momento preciso, en torno a una finalidad determinada y con una distribución de roles acorde con dicha finalidad. A diferencia del sistema no tiende a sobrevivir sino que se extingue una vez cumplidos sus objetivos.

El contexto incluye y desborda al individuo. Estudiar al individuo en el contexto significativo, especialmente el familiar cuando hablamos de trastornos mentales, nos lleva a considerar dichos trastornos y los síntomas que emergen de ellos como mensajes verbales o analógicos que, emitidos por el individuo, adquieren un significado propio según la situación interactiva en la que dicho mensaje es emitido. De modo frecuentemente inconsciente, estamos en permanente selección de aquellas respuestas que nos parecen adecuadas al contexto en el que estamos o creemos estar. El contexto actuaría aquí como un indicador para el organismo de qué conjunto de posibilidades debe tener en cuenta al elegir el comportamiento que parece más adaptado al mismo (Bateson, 1976).

Durante el espacio de la consulta el sistema familiar y el terapéutico se intersectan para crear primero un *espacio de evaluación* y más tarde un *espacio terapéutico*. Tanto familia como terapeutas pertenecen a sistemas más amplios, con reglas y objetivos propios que condicionan sus visiones y

comportamientos. Los terapeutas, por ejemplo, pueden formar parte de equipos, vinculados o no a instituciones; pertenecen a escuelas de pensamiento, tienen en cuenta marcos teóricos, legislativos, deontológicos, etc. Familia y terapeuta forman un *metacontexto*, entendiendo por tal el que incluye la intersección de los sistemas significativos para el paciente en el momento de la demanda y los contextos más amplios a los que familias y terapeutas pertenecen. Este metacontexto tiene unas reglas de funcionamiento que dependen no sólo de la familia, también de los profesionales, su formación, su experiencia… (Selvini Palazzoli, 1985).

Los señores Gallardo van a consulta a un Centro de Salud Mental. Tienen un hijo de 13 años, creen que su evolución es buena, tanto en casa como en el colegio su comportamiento es impecable. No obstante tienen la duda de si la evolución de este muchacho es la adecuada o hay algo que se les está escapando. Desde una óptica preventiva piden que el hijo sea evaluado y les indiquen si hay algo que tengan que modificar.

Este caso ha sido sometido en el contexto de la formación a diferentes grupos de profesionales, a los que se les pidió opinión acerca de esta demanda y el modo en que procederían ante ella. El resultado fue sorprendente: mientras que algunos grupos se inclinaban por la impresión de que estaban ante una familia normal, otros, basándose en las dudas que estos padres tenían sobre sus propias percepciones, se inclinaron por la visión de que estaban ante una familia con trastornos psicóticos.

La familia crea en cada caso con el o los profesionales que le atienden un metacontexto, es decir, un contexto que incluye en su interior al contexto familia y al contexto de los profesionales. ¿Qué información vamos a tener en cuenta a la hora de analizar el contexto? ¿Cuáles van a ser los límites, las fronteras del mismo? En nuestro trabajo hacemos una selección permanente tanto del contexto que vamos a analizar como con el que vamos a trabajar, es decir, a qué personas vamos a invitar a la consulta. Llamamos al primero *contexto significativo*, entendiendo por tal aquel que *incluye todas las variables y relaciones que se necesita abarcar para comprender un problema*. La delimitación del contexto significativo es el proceso que implica ampliar la lente hasta tener la impresión de que tenemos enfocadas en ella todas las

variables relevantes para comprender el hecho que lleva a consulta. Rosnay denomina *macroscopio* ese ejercicio de focalización que amplía a veces el campo y otras lo reduce con el objetivo de clarificar el significado de síntomas y trastornos en el contexto (De Rosnay, 1977).

Denominamos *contexto operativo a aquel que delimita las personas con quienes vamos a trabajar* durante la consulta y el tratamiento. Es una decisión crucial que tomamos después de analizar el contexto significativo y teniendo en cuenta factores tales como disponibilidad de sus integrantes, sus objetivos, tipo de problema que se presenta, edad del paciente o estrategia terapéutica.

Dentro de cada contexto encontramos ciertos indicadores o señales que nos ayudan a clarificar con qué contexto estamos trabajando, y por tanto cómo debemos entender lo que estamos observando. Llamamos a estas señales *marcadores de contexto;* cuanto más claros son estos marcadores más fácil es que la comunicación entre sus integrantes sea funcional. Será pues labor del terapeuta marcar y clarificar de manera nítida el contexto de trabajo, buscando la seguridad de que el contexto que hemos creado con la familia es un contexto de consulta o de terapia y no pedagógico, policíaco o judicial como ocurre a veces. También será su función el evitar *deslizamientos del mismo*, es decir que sin percatarnos pasemos de un contexto a otro, de hacer una evaluación a dar consejos, por ejemplo, produciéndose así situaciones de confusión de la comunicación. Terapeuta y familia pueden no estar compartiendo la misma visión del contexto en el que se desenvuelve la entrevista; fruto de este desencuentro, ambos van a tener dificultad para mantener la atención focalizada en los fines de la consulta. Si el objetivo de la familia, por ejemplo, es obtener un certificado que acredite la gravedad de los problemas psicológicos de uno de sus miembros y el del terapeuta explorar las conexiones entre síntomas y relaciones familiares, se producirá de continuo el deslizamiento de un contexto a otro, siendo la información que aparece confusa, la comunicación no logra centrarse en lo esencial y el esclarecimiento de los problemas objeto de consulta resulta una misión imposible.

2. El contexto de consulta

2.1. La derivación a consulta

Cuando pensamos acerca de qué contexto es el significativo para entender una demanda de consulta en Salud Mental, señalamos un arbitrario punto cero a partir del cual organizamos las informaciones buscando un significado y una estrategia de intervención. Dos elementos nos parece importante tener en cuenta desde el inicio: en primer lugar, quién es el *derivante*, es decir, el profesional o miembro de la familia que considera que es necesaria una intervención psicoterapéutica y plantea la indicación de acudir a consulta; y en segundo lugar, quién es el *demandante*, es decir, el miembro de la familia que establece el primer contacto con el profesional o institución para solicitar dicha intervención.

En términos generales diremos que es frecuente que en cada caso que evaluamos existan o hayan existido profesionales e intervinientes de un amplio espectro que se han ocupado del caso y han dejado su impronta sobre la comprensión y el manejo de la situación. En la asistencia pública en España, diseñada en niveles asistenciales, no cabe la atención en Salud Mental si no es a través de la derivación de un profesional de Atención Primaria, sea éste de Salud o Servicios Sociales. Concebida la Atención Primaria como una atención integral, el médico de familia interviene a menudo durante meses o años antes de derivar al paciente a Salud Mental. Carentes de tiempo y de formación suficiente, a menudo los profesionales derivantes de Atención Primaria no actúan como agentes de cambio, sino como homeostatos o estabilizadores de equilibrios disfuncionales. La derivación a Salud Mental, motivada por el fracaso de las intervenciones o la agobiante sensación de los propios derivantes de estar ellos mismos atrapados por el problema, puede ser vivida por el paciente como un rechazo, una minimización del problema o una redefinición del mismo. El intercambio se transforma en una especie de choque entre culturas: la demanda se establece en términos somáticos y la respuesta en términos psicológicos o relacionales; se necesita una explicación para que la derivación sea aceptada.

Tienen especial interés las derivaciones realizadas desde la Atención Primaria motivadas por enfermedades aparentemente orgánicas pero donde se hipotetiza un origen psicológico o relacional del trastorno, ya sea éste funcional o psicosomático. Estos trastornos se llegan a diagnosticar a través de

la revisión y exclusión de cualquier patología de origen orgánico: se realiza así lo que Bernard Fourez denomina “diagnóstico por exclusión” (Fourez, 1998).

La imagen del trastorno se transforma así en un negativo sin identidad propia, como si careciera de una semiología característica que lo definiera como tal. Lejos de ser así, estos trastornos son el índice, la señal de un disfuncionamiento en la globalidad del sujeto. El intento de reducirlos a sus aspectos orgánicos, derivándolos a Salud Mental cuando no se evidencia patología física, representa el someter al paciente a un choque cultural que obstaculiza una correcta intervención en el problema. El cuerpo, que expresa a través de su lenguaje el malestar, no puede ser descartado en estos trastornos. La derivación correcta implica la consiguiente traducción del lenguaje corporal al lenguaje psicológico, relacional, carente de la cual lo más probable es el fracaso de la derivación.

Un paciente acude a consulta por vómitos diarios, tras haber sido investigado para descartar una patología orgánica que los explicase. Acude acompañado de su esposa, mujer de mejor nivel de estudios y mejor situación profesional que él. Era ella quien preparaba la comida, a la vuelta a casa supervisaba si su marido había comido y si había vomitado. Cuando se ausentaba por motivos laborales, era la madre del paciente quien venía a domicilio para encargarse de comidas y control de la casa. Se inicia una terapia con la pareja, indagando dificultades relacionales tanto entre ellos como con las familias de origen. Lejos de mejorar, el paciente va agravando sus síntomas, lo que nos lleva a indagar de nuevo cómo nos había sido derivado. Constatamos así que este paciente, expresando a través de síntomas físicos su malestar psicológico por sentir que su rol en la pareja había sido devaluado, rechazó tanto el diagnóstico que descartaba organicidad como la indicación a psicoterapia; este diagnóstico “por exclusión” fue considerado por él como una etiqueta de ser un enfermo imaginario. Acudió a psicoterapia sin expectativa de mejora, más bien esperando que la persistencia o el agravamiento de sus vómitos legitimaran una nueva consulta a su médico internista, una vez descartado por el fracaso de la terapia el origen psicológico de sus problemas.

En su análisis sobre el papel del derivante, Mara Selvini tiene muy en cuenta

no sólo la relación entre equipo y derivantes sino de modo muy especial la del derivante con los diferentes miembros de la familia (Selvini Palazzoli et al, 1980). En su amplia experiencia con familias con miembros psicóticos, encuentran fracasos de intervenciones terapéuticas que relacionan con no haber tomado suficientemente en consideración la posición crucial que el derivante había ocupado para la familia, transformándose en un estabilizador del funcionamiento de la misma, como si de un miembro más de la familia se tratase. Las familias psicóticas, por su tendencia a englobar a otras personas externas, incluyéndolas en su interior como homeostato, rodeándolas de una especie de "círculo de goma" (Wynne y Singer, 1965), serían candidatas privilegiadas a este tipo de fenómeno. Por otra parte, los terapeutas más expuestos son aquellos que por el prolongado tratamiento y el contacto con diferentes miembros de la familia, arriesgan a ser atrapados por la dinámica relacional del sistema en coaliciones con alguno de sus miembros, lo que va a representar una pérdida de la neutralidad indispensable en cualquier abordaje terapéutico.

El papel que el derivante juega y ha jugado para la familia no siempre es evidente en las primeras entrevistas. Ha podido tratarse de un médico de familia, que se ha ocupado de recetar fármacos y apoyar a los padres, y, constatando la codificación del proceso o ante situaciones de crisis que no consigue resolver, envía a la familia a terapia. Ésta puede estar en desacuerdo con la derivación sin osar decirlo. Su falta de motivación quedará evidente a través de las actitudes analógicas de sus miembros, tal como señala Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al, 1980), quien enumera actitudes analógicas chocantes en el contexto de consulta, presentándose por ejemplo como familias sonrientes (actitud que contrasta con la gravedad del problema), fastidiadas (que han acudido por mandato del derivante pero sin una motivación propia), o quejumbrosas (como modo de expresar su protesta frente a la indicación de terapia de familia y en su deseo de recuperar su privilegiada relación con el derivante). Constatar estos comportamientos aparentemente incoherentes nos hace pensar que estamos ante un problema en la derivación.

2.2. La demanda de consulta

El modelo clínico tradicional tiende a investigar, ante una demanda de consulta, cuáles son los síntomas y a qué trastorno corresponden. Desde una visión sistémica entendemos que previo a este diagnóstico cabe analizar la demanda y el papel de la persona que hace el primer contacto para solicitar consulta (demandante), siendo este análisis crucial para entender el contexto. El propio organigrama familiar determina quién va a ser el miembro de la familia que contacte para pedir consulta, elección basada a veces en consensos sociales (por ejemplo, en nuestra cultura es más frecuente que sean las madres quienes llaman para pedir consulta para los hijos) y otras en la idiosincrasia familiar.

Son de especial relevancia los casos donde la demanda la hace un miembro de la familia para otro de sus miembros, motivado a veces por circunstancias ligadas al momento del ciclo vital (en niños y adolescentes se espera sea uno de los padres quien haga la demanda), o por las propias características del sistema familiar, como ocurre en los casos en que el paciente, por sus propias dificultades psicológicas, no goza de la autonomía psicológica suficiente para hacer la petición de consulta. También es frecuente que sea un tercero quien suscita la demanda en los casos donde los síntomas del paciente repercuten de modo especial sobre otro miembro de la familia incitándole a pedir ayuda (un cónyuge puede pedir consulta para su pareja deprimida si sus síntomas controlan su vida y hacen la relación asfixiante, por ejemplo).

El demandante es una figura crucial en el inicio de las entrevistas. Por un lado, es quien ha puesto en contacto al sistema familiar con el terapéutico, y por lo tanto es una relación que hay que cuidar. Por otro lado hay que evitar el riesgo de que al mostrarse más motivado y colaborador al principio, pueda establecer coaliciones con el terapeuta, haciéndole perder la necesaria neutralidad para poder crear un claro contexto de consulta. De aquí se deriva la importancia de contar con un esquema y una metodología claros para la recogida de la información pertinente en el primer contacto con el caso, tal como plantean Di Blasio, Fischer y Prata (1988).

En este primer contacto es especialmente importante evitar ser enredado en posibles juegos familiares disfuncionales, que aún desconocemos. Solicitar desde el inicio una información descriptiva, tanto de los datos familiares como

del motivo del problema, nos va a permitir establecer un mínimo de hipótesis plausibles para decidir a qué miembros de la familia vamos a invitar a la primera entrevista de consulta y establecer un programa de entrevista coherente con nuestras primeras conjeturas sobre la demanda y la función del trastorno en el sistema familiar.

La información preconizada por los citados autores en este primer contacto con el demandante, bien sea telefónico o presencial, queda resumida en el cuadro adjunto.

DATOS DE LA FICHA TELEFÓNICA
(Di Blasco, Fisher y Prata, 1988)

- Derivante
- Quién llama
- Razones para solicitar la terapia familiar
- Apellidos y nombre
- Dirección y número de teléfono

Composición de la familia nuclear

- Padre: nombre, edad, estudios, trabajo
- Madre: mismos datos
- Fecha boda. Hijos por orden de edad: nombre, edad, datos escolares, de trabajo, salud
- Cohabitantes

Composición de las familias extensas

- Paterna: los mismos datos que se piden acerca de la familia nuclear, referidos a abuelos y tíos paternos, precisando tipos de relación de éstos con familia nuclear
- Materna: mismos datos que se piden acerca de la familia nuclear, referidos a abuelos y tíos maternos, precisando tipos de relación de éstos con familia nuclear

El problema: Desde cuándo, concomitancias, mejorías, tratamientos previos...

- Citados a la primera sesión:
- Observaciones:

La utilidad de la ficha telefónica es indiscutible cuando se prevé que la primera entrevista de evaluación va a realizarse con la familia. Cuando se trata de una demanda de terapia individual, una ficha de evaluación en la que se recogen datos personales (físicos, psicológicos y relacionales), que conciernen no sólo el momento de la demanda sino también otros momentos relevantes de la vida del sujeto, va a permitir una visión compleja del problema, de extrema utilidad para determinar en cada momento cuál va a ser nuestro contexto operativo. Las concomitancias, es decir, la coincidencia en el tiempo de síntomas y momentos especiales por los que atraviesa la familia, permiten ya en una primera entrevista formular hipótesis adaptadas a ese caso en particular.

2.3. La primera entrevista

El objetivo fundamental de la primera entrevista entre familia y terapeuta es comprender cuál es el problema que les trae a consulta. Ello no implica que durante ese periodo de consulta o evaluación no se produzcan cambios terapéuticos; al contrario, se dispone durante esta fase de un estado de gracia, donde el encuentro con el terapeuta aporta informaciones novedosas para las familias, tanto de modo explícito como indirectamente a través de las preguntas que señalan qué es lo que el terapeuta considera relevante. Este primer encuentro va a estar marcado por teorías, aprendizajes, estilos, mitos y biografía del terapeuta y también por el funcionamiento de la familia y su posible experiencia en el campo de la consulta.

Entre los distintos modelos de terapia familiar sistémica existen no obstante ciertos consensos entre escuelas a la hora de abordar a la familia. El primer elemento fundamental es el “joining” o acoplamiento, que consiste, según Minuchin, en “permitir que la familia sepa que el terapeuta los entiende y trabaja con ellos y para ellos”, como actitud de empatía activa hacia cada miembro de la familia (Minuchin, 2009). También se parte de la premisa de la competencia de cada uno de los individuos para dar información sobre el problema, y en cierto modo el principio de reticencia, partiendo de la base de que durante la evaluación la comunicación principal entre familia y terapeuta va a estar basada en el par pregunta del terapeuta –respuesta de los miembros de la familia, ya que es la familia quien dispone de información sobre sí

misma y sobre sus problemas. La reticencia del terapeuta, es decir la actitud del mismo a indagar sin explicitar su propio punto de vista, indica la necesidad de que todos los miembros de la familia cooperen con él, aportando la información que considere relevante para comprender el problema motivo de consulta. Además de la información verbal, se tiene en cuenta desde el inicio la información analógica, que nos aporta una visión relacional del sistema distinta a aquella que cada miembro nos da a través de sus mitos y narrativas.

No es fácil para un terapeuta confrontarse con un sistema supraindividual como es la familia. El trabajo en equipo, la coterapia, el espejo unidireccional que permite una supervisión directa, los audio y vídeo registros, básicos para una auto o hetero-supervisión diferida, nos van a servir de herramientas como instrumento clínico, de formación y de investigación. No obstante es útil disponer de un protocolo que, tal como afirma Haley (Haley, 1976), sirva de hilo conductor en una primera entrevista para la mayoría de las familias. “Un terapeuta avezado tiene múltiples repertorios para adaptarse a familias diferentes”, señala este autor. Su estructura de primera entrevista, con fases tales como la de acogida, la etapa donde se define el problema, la fase donde el acento se pone en la observación de las interacciones, son para el terapeuta debutante un hilo conductor utilísimo a la hora de organizar ese primer encuentro familia-terapeuta.

Cuando se trata de casos complejos, la técnica de entrevista de la Escuela de Milán aporta una herramienta fundamental, permitiendo organizar de modo claro desde el inicio no sólo la primera entrevista sino también todo el proceso de tratamiento. Partiendo de un trabajo en equipo, uno de los terapeutas realiza la entrevista en la sala de terapia con la familia mientras que el resto del equipo llevan a cabo una supervisión de la misma en directo, a través de un espejo unidireccional o con la ayuda de un circuito cerrado de televisión.

En la entrevista hay momentos bien diferenciados:

a. Pre-sesión. Durante ella los terapeutas establecen hipótesis, conjeturas, acerca de cómo se han desarrollado los síntomas y qué los mantiene, y se dotan de un programa de entrevista destinado a controlar dichas hipótesis. El programa prevé tanto la información significativa a recabar como a qué

miembro y en qué orden se establecerán las preguntas.

b. Sesión. El terapeuta directo sigue el programa de entrevista, recogiendo tanto la información verbal como analógica de la familia. Algunas hipótesis son refutadas, otras se mantienen y aparecen nuevas informaciones que permiten encontrar nuevas aperturas comprensivas.

c. Pausa. A lo largo de la entrevista se pueden producir una interrupción de la misma, con el objetivo de que el terapeuta directo (el que está en la sala con la familia) tome distancia del sistema familiar y reconsidere tanto sus hipótesis como las nuevas informaciones.

d. Conclusión**.** Al finalizar la sesión el terapeuta devuelve a la familia una información destinada a abrir nuevas perspectivas tanto a nivel del conocimiento como de los afectos y los comportamientos. La conclusión puede ir acompañada de una prescripción, con el objetivo tanto de testar la motivación de la familia como de obtener nuevos elementos que van a servir de guía para la entrevista siguiente.

Guión de una primera entrevista (Prata, Vignato y Bullrich, 2001)

Giuliana Prata y su equipo proponen un protocolo para la fase de evaluación que se muestra útil para diferentes tipos y problemas de familias, ya que se trata de contenidos relacionales que transcienden la idiosincrasia de un caso particular.

- *Comenzar la consulta con el padre con el que no se ha hablado por teléfono.*
- *Dirigirse a los hijos por orden de edad.*
- *Explorar la derivación, buscando la relación del derivante con cada miembro de la familia.*
- *Investigar si alguno de sus miembros está en tratamiento y de qué tipo de tratamiento se trata.*

Definición del problema con cada uno de ellos:

- *¿Cuál es el problema?*
- *¿Quién lo vio primero y con quién lo habló?*
- *¿Se considera que es un problema orgánico, genético, psicológico?*
- *¿Se trata de un comportamiento voluntario o involuntario?*
- *¿Cómo se explican esta dificultad?*
- *¿Cuándo apareció el problema?*

- *¿Hubo antes comportamientos inusitados, es decir, cambios que sin ser considerados como sintomáticos chocan con los comportamientos previos del paciente y pueden ser interpretados a modo de protesta?*
- *¿Hubo en la familia acontecimientos coincidentes con la aparición de los síntomas?*

Como se constituyó la pareja

- *Preguntas dirigidas al marido:*
  ¿Cómo conoció a su mujer? (circunstancias).
  ¿Qué le atrajo de ella?
  ¿Estaba enamorado?
  Si se casó embarazada, ¿anticipó el embarazo la boda? ¿Se sintió forzado por las familias? ¿Cree que fue un matrimonio obligado? ¿Quién fijó la fecha de la boda y en qué momento lo hizo?
  Se indaga indirectamente si se pensó en una interrupción del embarazo.
- *Preguntas dirigidas a la mujer:*
  ¿Qué le gustó en él?
  ¿Estaba enamorada?
  ¿Cambió mucho la situación entre ellos antes y después de casarse?
  ¿Hubo relaciones sentimentales previas a su relación de pareja?
  ¿Cómo fueron acogidos por las familias políticas?
  Evolución posterior de estas relaciones.

Cuestiones sobre el trabajo

- *Dirigidas al padre:*
  Viajes, ausencias, horarios, paro o riesgo de paro.
- *Dirigidas a la madre:*
  ¿Trabajó antes de casarse?
  ¿Está trabajando ahora?
  ¿Qué ocurrió al nacer los hijos?
  Si ha vuelto al trabajo tras dejarlo, ¿por qué y en qué condiciones?
  ¿La decisión de dejarlo fue espontánea o forzada?
  ¿Fue una decisión provisional o definitiva?
  ¿Qué respuesta dio la familia cuando propuso reincorporarse?
  ¿Quién echó una mano cuando los hijos eran pequeños?

¿Qué precio pagaron por ello?

Cuestiones sobre los hijos

Semejanzas y diferencias entre ellos.

¿A quién están más unidos? Indagar si se trata de alianzas o coaliciones.

¿El hijo es correspondido por su padre preferido?

¿Hay actitudes racistas en la familia, mitos sobre miembros, parejas de primera y segunda clase?

¿Ha habido algún cambio de prioridades en la familia, de privilegios, que pueda constituir una traición, un engaño en cuanto a las preferencias se refiere?

Llama la atención la desigualdad de datos recabados sobre la situación laboral del marido y la esposa. Si bien estamos en una sociedad en la que los roles de género se han ido acercando, aún a día de hoy permanecen vigentes diferencias entre el porcentaje de mujeres y hombres que cambian su situación laboral para dedicar tiempo a la crianza de los hijos. No es infrecuente que ello sea origen de conflictos, insatisfacciones o implicación de los hijos en estas dinámicas, con síntomas que aparecen a nivel de la relación o a nivel individual.

Antes de finalizar la entrevista se realiza el “test del vencedor y el perdedor”, interrogando a los hijos sobre su modo de ver el rol de ambos padres en la dinámica de poder entre ambos, así como un “test de motivaciones”, preguntando a cada miembro su acuerdo para realizar un tratamiento y los objetivos que tendría para realizarlo.

Metodológicamente señalan tanto la importancia de realizar preguntas circulares (es decir, preguntas establecidas en términos de diferencias), como la observación permanente del feedback de cada miembro de la familia ante preguntas y respuestas.

3. El diagnóstico contextual o sistémico

La visión sistémica del diagnóstico es bien distinta a la habitual en el modelo anatomo-clínico a la que estamos acostumbrados, donde diagnosticar sería clasificar en categorías fácilmente reconocibles. En el caso de la psiquiatría, esta clasificación, basada en consensos que se revisan y van dando lugar a taxonomías sucesivas, no presupone una visión común entre quienes

comparten los criterios sobre cuál es el origen de los trastornos. La perspectiva que aportamos aquí del diagnóstico se aproxima más a lo que representa diagnosticar en su sentido epistemológico, es decir conocer, esclarecer, en nuestro caso incluir síntomas, trastornos, en el contexto significativo buscando comprender su función y significado.

¿Qué comprensión buscamos pues durante la fase diagnóstica?

a. La redefinición de síntomas y problemas en términos de relaciones interpersonales.
b. La comprensión del contexto que da coherencia a este síntoma, es decir, el grado de amplitud que tiene que tener la lente a través de la cual observamos (derivante, familia, escuela, cultura…) para que el síntoma sea inteligible.
c. El conocimiento del proceso, de cómo una disfunción se inscribe en la evolución de un individuo, de una familia, y por qué aparece en un momento determinado.
d. Y finalmente, y éste es un aspecto fundamental, el diagnóstico de las interacciones que se producen en consulta, es decir los modos como el paciente o la familia responden a las nuevas informaciones del consultor, del terapeuta.

3.1. Modalidades de diagnóstico sistémico

No existe una visión uniforme de cómo se utiliza en el enfoque sistémico el concepto del diagnóstico. Existen diferencias de escuelas, de autores y también de épocas: la terapia sistémica ha ido apoyándose a lo largo de su evolución en diferentes modelos. Por la importancia que tiene la adquisición de una nueva visión del diagnóstico, vamos a realizar un breve recorrido de aportaciones de diferentes autores para situarnos ante una visión sistémica del diagnóstico.

La conexión entre síntoma y sistema basada en la teoría de la comunicación

Ya en los años 50 diferentes autores como Lidz, Wynne, Singer, Jackson y más tarde el equipo de G. Bateson, buscan concomitancias entre familias con determinado tipo de comunicación y la presencia de síntomas y “patologías”. Haciendo referencia sólo a la teoría más conocida de este período “comunicacionalista”, citaremos la hipótesis de Gregory Bateson (Bateson, 1976) y su equipo, quienes encuentran conexiones entre la aparición de síntomas esquizofrénicos y las modalidades relacionales de las familias donde

surgían estos síntomas. Aparece así la teoría del doble vínculo como modalidad familiar relacional en la que los síntomas esquizofrénicos parecían encajar como una comunicación congruente con ese estilo relacional (Jackson, 1977; Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1957; Lidz, Fleck y Cornelison, 1965; Wynne y Singer, 1963).

Eloísa va a consulta con su hijo de 18 años diagnosticado de esquizofrenia. Buen estudiante hasta el año anterior, había dejado de repente los estudios para concentrarse en un invento que le obsesionaba: trabajaba en la construcción de una extraña máquina, que él concebía como la máquina del futuro; añadía constantemente piezas a su invento que se iba transformando en una abigarrada e inútil nave, siempre inacabada y a la que consagraba todo su tiempo y esfuerzo.

Su madre nos cuenta que su nacimiento fue para ella un acontecimiento contradictorio. Abandonada por su pareja durante el embarazo, mantuvo desde el inicio una relación ambivalente con su hijo, le reclamaba y solicitaba su afecto pero se mostraba incapaz de abrazarle cuando se le acercaba. El niño percibió el impacto de esta comunicación doble vinculante: no obtenía la atención materna cuando se acercaba a la madre, en cambio recibía reproches si no acudía ante sus llamadas.

Llegado a la adolescencia vive de nuevo el mismo dilema: la necesidad de autonomizarse como correspondía a su edad y el miedo a hacerlo, al sentir que su madre no soportaría su alejamiento. Podemos ver su máquina del tiempo como una metáfora que evoca claramente este mensaje doble vinculante: "vete a ninguna parte". El síntoma aparece así como metáfora relacional, a la vez protesta y comunicación paradójica perfectamente coherente en el contexto familiar.

No obstante lo sugerente de estas hipótesis, ulteriores investigaciones mostraron la falta de especificidad de este tipo de comunicación para establecer diferencias específicas propias de las familias con miembros esquizofrénicos. Sluzki da al doble vínculo un valor patógeno universal (Sluzki, 1975), encontrando este tipo de comunicación en familias con miembros histéricos, fóbicos y obsesivos.

El diagnóstico fundamentado en la conexión entre el síntoma y la estructura

familiar (Minuchin)

Minuchin describe dos tipos de familias: las “enmarañadas”, en las que cada miembro está demasiado involucrado en los problemas de los demás, y las familias “desligadas”, en las que sus miembros parecen moverse como si estuvieran en órbitas aisladas (Minuchin, 2009).

Siguiendo esta línea, Minuchin investiga más tarde las relaciones entre estructura familiar y síntomas psicosomáticos en las familias enmarañadas. En un análisis riguroso llevado en colaboración con pediatras, encuentra modalidades de interacción específicas en este tipo de familias: son sistemas rígidos, sus miembros están excesivamente enredados los unos con los otros, los límites entre ellos son difusos, no son capaces de afrontar conflictos. El síntoma psicosomático, cuando aparece en un niño, sería el mecanismo regulador de los conflictos entre los padres. Cuando la intensidad del conflicto entre ellos sobrepasa el nivel que son capaces de tolerar, la aparición de un síntoma en un hijo centra la atención de ambos y la tensión disminuye hasta niveles para ellos soportables. La epistemología que subyace en estas investigaciones se basa en la hipótesis de que los sistemas rígidos, ante circunstancias que necesitarían una variación, permanecen inmutables apareciendo el síntoma como compromiso entre cambio y permanencia**.**

El diagnóstico basado en la conexión entre el síntoma y las pautas de relación (soluciones intentadas)

Las investigaciones del Mental Research Institute (MRI) ponen sobre todo el acento para hacer el diagnóstico en la pauta que rige las relaciones familiares. Creen que el síntoma aparece como una dificultad a la que tanto el individuo como el sistema dan una solución equivocada, al pretender encontrar soluciones a dicha dificultad dentro de un marco en el cual es imposible encontrar verdaderas soluciones. El síntoma sería una parte de esta pauta de soluciones inadecuadas. El diagnóstico sería tanto el esclarecimiento del problema que puso en crisis el funcionamiento previo, como el hallazgo de las soluciones equivocadas y las pautas alternativas que permanecen y bloquean su solución.

El diagnóstico basado en las conexiones entre el síntoma y los juegos familiares

Esta epistemología tiende a evitar la reducción de los problemas de salud mental a aquello que acaece en el sistema familiar, con un análisis en el que se tienen en cuenta para el diagnóstico factores individuales, familiares y de contexto más amplio que incluye individuo y familia. Se ve al paciente como un actor con estrategias propias dentro de los sistemas relacionales para él significativos. No se tienen sólo en cuenta las reglas de los sistemas supra-individuales (familia, escuela, trabajo, pandilla…), con sus incoherencias, contradicciones, incongruencias, ambigüedades, rigideces, sino también a los individuos, "actores" de estos juegos relacionales, con su propia visión de sí mismos, de las relaciones, de los problemas, y con estrategias propias a la hora de resolver problemas.

Veríamos según esta óptica el síntoma como una estrategia de un individuo, indirecta, encubierta, para adaptarse a un sistema relacional cuyas reglas le están creando insatisfacciones o dificultades en su desarrollo. El síntoma sería bien un intento de cambiar las reglas, bien una adaptación a ellas con el menor coste posible**.**

3.2. La formulación de hipótesis

Un cambio sustancial en la conducción de la entrevista desde el enfoque sistémico es la opción que se toma de establecer previamente hipótesis relacionales para indagar las reglas del sistema familiar y las estrategias de sus miembros.

El proceso de elaboración de hipótesis comienza con el hallazgo de las *huellas*, es decir, aquellas informaciones que nos chocan al recoger los datos relacionales, inesperadas en esa familia, en esa etapa del ciclo vital, en esa cultura… Sobre estas huellas se asientan las *hipótesis*. Representan éstas un proceso deductivo que, basándose en las huellas, hacen que los hechos empiecen a cobrar sentido, ya que plantean una posible conexión entre el síntoma y el funcionamiento familiar. Las hipótesis que hacemos no son la realidad, sino una descripción organizada de lo que allí ocurre.

El diagnóstico no se agota en el establecimiento de estas hipótesis: el terapeuta debe contrastarlas con el paciente y los diferentes miembros de la familia. A través de este contraste podrá ver si son refutadas, si lo son sólo a un nivel de comunicación (verbal o analógica), si son confirmadas por

algunos miembros y refutadas por otros, o bien si después de este control, realizado siguiendo un programa de entrevista, las hipótesis han seguido siendo consistentes.

Vemos así el diagnóstico como un proceso a través del cual ciertas hipótesis se descartan, otras se encarnan, se especifican, se van haciendo cada vez más complejas dando cuenta de segmentos cada vez más amplios del juego interactivo. Es conveniente no olvidar que el diagnóstico es un conocimiento en curso, más que un ordenamiento estático. Este conocimiento no se va a agotar en las primeras consultas, sino que va a continuar a lo largo del tratamiento, incluso en el contexto de la evaluación de los resultados obtenidos.

Ante una paciente anoréxica podemos pensar que la restricción drástica, sin control, de la alimentación es una huelga de hambre como protesta ante injusticias familiares. Examinada la familia a lo largo de su biografía, puede permitir evidenciar que esta hipótesis de lo que ocurre en el aquí y ahora no es más que un segmento de una hipótesis más compleja: la paciente ha podido ser a lo largo de su infancia la confidente de su madre y descubrir en la adolescencia que pese a ello no tenía un rol importante ni para su madre ni para el resto de la familia. Al contrario, su hermana, criticada siempre por sus comportamientos de rebeldía, era la niña de los ojos de ambos padres. La hipótesis en el aquí y ahora se ve así inscrita en otra más compleja que incluye el proceso evolutivo de la familia.

4. El contexto operativo de la intervención

Una vez que hemos determinado cuál es el contexto significativo y hemos realizado una primera aproximación al diagnóstico sistémico, tenemos que decidir cuál va a ser el contexto operativo, es decir qué personas vamos a invitar a participar en la primera consulta, las siguientes de evaluación y a lo largo del tratamiento. Para ello tendremos en cuenta el grado de implicación de los diferentes miembros del sistema (familia, escuela…) con el paciente, el grado de dependencia del mismo del sistema supra-individual, y consideraremos el grado de información pertinente que estén en condiciones de aportarnos y su posible motivación para acudir a consulta. Un dato importante es la valoración de la flexibilidad del sistema ante el que nos

encontramos. Por ejemplo, la inclusión de miembros de la primera o tercera generación puede estar indicada ante una demanda de terapia de pareja si observamos un alto grado de rigidez dentro del sistema conyugal o parental.

Para determinar el contexto operativo partimos de la visión que tenemos sobre cómo está configurado el sistema mental. Bateson define el sistema mental como algo que transciende al individuo, que no podemos limitar a su cerebro, si bien el cerebro es una estación de paso importante en él (Bateson, 1976). El sistema mental incluye todos los circuitos que retroalimentan al sujeto y que varían en cada momento del ciclo vital: sistema incluye en la primera infancia las interacciones con la familia, más adelante con la escuela… Esta visión de sistema mental nos ayuda a definir qué parte del contexto en el que está inmerso el sujeto está afectada por interacciones disfuncionales que le llevan a bloquear su desarrollo. La elección de con quién vamos a intervenir es así una estrategia donde, contando con parámetros tales como motivación, implicación o flexibilidad, decidimos qué personas vamos a invitar a la sesión con el objetivo de desvelar y, si es posible, desbaratar el juego disfuncional relacionado con el problema que les trae a consulta. Dicha elección varía a veces de la fase de evaluación al tratamiento y puede variar también a lo largo del proceso terapéutico (Selvini Palazzoli, 1985).

Si bien no se trata de una indicación indiscutible el trabajar con uno u otro contexto, debe ser siempre una decisión estratégica, no arbitraria. Para tomarla tenemos en cuenta el tipo de trastorno que lleva a consulta, el momento del ciclo vital familiar, la rigidez del sistema familiar, la tipología familiar, así como factores de realidad que pueden imposibilitar la presencia de determinados miembros (distancia, problemas de salud…). No es nunca una decisión banal; prueba de ello es el pulso inicial que sostenemos con ellos a menudo para que acepten qué miembros son los que tienen que acudir a consulta. La “maniobra del miembro ausente”, es decir el dejar en casa a determinados miembros de la familia con diferente excusas pero siendo a menudo este manejo expresión de la propia disfunción familiar, lo encontramos bien descrito en el artículo de Guiliana Prata “La maniobra del miembro ausente en las primeras sesiones de consulta. Cómo evitar errores irreparables” (Prata, 1985).

4.1. ***Factores a tener en cuenta para el establecimiento del contexto operativo***

Derivación

Tanto la derivación como el derivante han creado expectativas en el paciente acerca de la consulta. Cuando su intervención se ha transformado en un homeostato (prescribiendo por ejemplo ingresos psiquiátricos cada vez que se produce una crisis, sin dilucidar sus causas), su presencia en la primera entrevista puede ser necesaria o al menos conveniente (Sevini Palazzoli et al, 1980).

La persona que demanda

No siempre el individuo que expresa el malestar a través de sus síntomas se siente motivado para ir a consulta. Intervienen factores tales como el miedo a una etiqueta diagnóstica, su propia comprensión acerca de sus problemas, o la propia conflictiva familiar, en la que puede sentirse el chivo expiatorio. Por ello a veces se inicia la consulta con el demandante, y cuando éste es uno de los padres se convoca a la pareja parental si ambos están motivados.

Grado de libertad o coerción de la demanda

La demanda puede estar presionada por una instancia exterior a individuo o familia. Aunque tradicionalmente se ha considerado necesaria la motivación personal para hacer una terapia, aceptar este supuesto dejaría fuera de la atención psicoterapéutica situaciones muy graves (violencia, malos tratos, desprotección a la infancia…). Las psicoterapias bajo mandato de una instancia judicial son hoy una práctica frecuente, como alternativa a la pena en casos de delito o como medidas de protección en el seguimiento de menores.

La presencia física en la primera entrevista de los servicios sociales, conocedores de situaciones de riesgo o de violencia, permite dejar más claro el contexto en el que se va a trabajar. Pacientes y terapeutas tienen que aceptar la complementariedad de una instancia jerárquicamente superior (jueces, sistemas de protección de la infancia). Sin ello se producirán fácilmente deslizamientos de contexto que pueden ser nocivos para el paciente.

Intervenciones previas

Si hay una regla universal respecto al cambio, ésta se acercaría al enunciado “no añadir más de lo mismo”. Podemos considerar que una terapia de familia es una indicación óptima en un trastorno de la conducta alimentaria, sobre

todo en sus inicios. Estará no obstante contraindicada si ha habido ya un intento fallido al respecto, más aún si ha sido una experiencia traumática para paciente o familia (el paciente ha sido llevado con engaños, los padres se han sentido acusados en las sesiones…). Se olvida a menudo que el peor resultado de una intervención no es que haya sido inútil, sino que haya podido ser nociva. Estas experiencias son incorporadas a la visión que los pacientes tienen tanto de sus problemas como de una expectativa de ayuda. Conocer intervenciones previas puede condicionar por tanto la elección del contexto terapéutico: si un caso ha sido abordado ya en familia y la intervención ha llevado a un fracaso, es probable que los miembros de la familia se sientan poco motivados para repetir el intento.

Limitaciones por factores de realidad

La primera condición para poder hacer una terapia de familia es que exista familia y en segundo lugar que ésta esté disponible para acudir a consulta. Cuando se trata de familias aglutinadas la convocatoria es sencilla, no así en familias desligadas, cada vez más frecuentes en la sociedad actual. Razones de distancia geográfica, enfermedades, discapacidades, son a menudo invocadas para no venir a consulta. Una actitud correcta debe sopesar estos factores de realidad, estableciendo hipótesis para descartar que esta ausencia no forme parte de la idiosincrasia de la familia y sobre todo de sus aspectos disfuncionales.

Una joven profesional solicita consulta por un problema de trastorno grave de la alimentación. En la recogida telefónica de datos manifiesta que es huérfana de padre y madre y que sus tíos viven a más de seiscientos kilómetros. Teniendo en cuenta estos datos de realidad la convocamos a ella sola a la primera entrevista. Ante nuestra sorpresa una tía la acompaña a la consulta. Indagando los posibles desencadenantes de su crisis actual, vemos que al fallecimiento de su padre pudo comprobar que la familia materna, que siempre había invocado la desconfianza en su padre para no darle su parte en la herencia de su madre, rechazaba también ahora dársela, supuestamente por dudas sobre su equilibrio psicológico. El síntoma-protesta había alertado a esta familia; su presencia en la sala de espera era la prueba de su implicación, su deseo de supervisar y dejaba evidente que ni la distancia geográfica ni el

hecho de que se tratase sólo de la familia extensa, descartaba en este contexto su especial relevancia en la crisis y para el tratamiento.

4.2. Contextos de intervención según la fase del ciclo vital

Cada momento del ciclo vital implica una mayor o menor independencia del contexto, fundamentalmente el familiar pero no sólo. Aun sabiendo que incluso en los contextos con reglas más rígidas y restrictivas disponemos de un margen de maniobra para producir cambios, no es menos cierto que cuando un individuo está en una situación de gran dependencia de su entorno, le es más costoso permitirse la libertad de pedir ayuda.

4.2.1. Contextos de intervención durante la infancia

Son probablemente las demandas donde podemos encontrar mayor consenso acerca de la necesidad o conveniencia del trabajo familiar. Aun en el caso de los profesionales que optan trabajar sólo con el niño, es imposible hacer en este periodo una psicoterapia si no contamos con los padres, al menos en las siguientes situaciones:

Para evaluar el problema: la apertura de la historia clínica, donde aparte de síntomas y motivo de consulta se recaba información sobre antecedentes familiares, personales, biográficos, etc., es imposible llevarla a cabo sin al menos la colaboración de uno de los padres. Ver esta realidad a través de la mirada de sólo uno de ellos introduce un mayor sesgo. La presencia de ambos padres en la fase de evaluación permite una visión más descriptiva: no sólo tenemos un relato de los hechos sino también la posibilidad de realizar en directo una observación de las interacciones.

La colaboración de los padres es indispensable *para el mantenimiento de la terapia*: es imposible que desaparezcan los síntomas sin que se produzcan otros cambios y éstos pueden alertar a la familia, que podría considerar como señal de un nuevo trastorno lo que en realidad son indicadores de mejoría.

Unos padres piden consulta por las dificultades de aprendizaje de su hijo en el inicio de los estudios primarios. Empresarios ambos, habían descuidado una adecuada estimulación de su hijo en el plano afectivo; las dificultades escolares estaban siendo el emergente de una depresión infantil. Iniciado el tratamiento, Daniel empieza a mostrar un comportamiento más activo, sale de su apatía, exige más. Los padres piden consulta, creen que su hijo está peor,

que posiblemente tiene un déficit de atención con hiperactividad… Sin duda la depresión se adaptaba más a su estilo de vida poco implicado en la crianza que el nuevo comportamiento de su hijo, más activo al mejorar de sus problemas afectivos.

Asimismo es indispensable contar con la colaboración de los padres en un tratamiento individual *durante las crisis* que se producen inevitablemente a lo largo del mismo. Es imposible el cambio terapéutico sin un mayor o menor grado de crisis. Para que éstas puedan transformarse en un momento evolutivo que desemboque en un mejor equilibrio, es fundamental que la familia tenga la flexibilidad suficiente para poder incorporar nuevas pautas. Sin su colaboración podemos fácilmente encontrarnos con una ruptura del tratamiento por parte de los padres, consecuencia no de la ineficacia sino al contrario, de una mejoría para la cual el sistema familiar no estaba preparado.

Y por último, necesitamos trabajar con los padres *en el fin del tratamiento*. Es esperable que los padres muestren ambivalencia ante el terapeuta, agradecimiento si su hijo ha mejorado, resentimiento al sentir que ha conseguido logros con su hijo donde ellos han sentido el fracaso. Es indispensable restablecer la jerarquía antes de finalizar el tratamiento con el hijo y que los padres sientan que han sido colaboradores en el mismo y corresponsables de los buenos resultados (Sevini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1985).

Trabajo con la pareja de padres

La frecuente correlación entre el conflicto conyugal de los padres y la psicopatología del hijo ha llevado a preconizar que la mejor terapia del niño es la terapia parental. Sería una suerte poder resolver el problema sin hacer que el niño fuese a consulta, pero no siempre es posible: a menudo encontramos que la díada parental es la parte más rígida del sistema familiar y por tanto la más inaccesible al cambio. Sólo con padres más flexibles y bien motivados para el trabajo terapéutico se puede trabajar con el contexto parental.

También recurrimos a este contexto terapéutico cuando el hijo se niega a asistir a consulta, en demandas ligadas sobre todo a problemas de comportamiento en la familia o fuera de ella. Es necesario persuadir a los

padres de que es más eficaz que empiecen ellos el trabajo terapéutico que perder tiempo y energía en arrastrar al hijo a consulta. A menudo el hijo acepta incorporarse a las sesiones más tarde.

Al trabajar con la pareja parental, corremos el riesgo de designar el conflicto conyugal como la causa del problema. Caemos así en una incoherencia teórica y olvidamos que existe una causalidad circular, según la cual todos los integrantes del sistema contribuyen al inicio y mantenimiento de relaciones disfuncionales. Además, no hay que olvidar nunca cuál es la demanda de los padres: vienen por un hijo, su conflicto o no les preocupa o lo consideran irresoluble, peligroso de abordar… Dirigirnos al conflicto en el inicio lleva la mayoría de los casos a una ruptura del tratamiento.

Incluso como hipótesis es ingenuo pensar que el conflicto conyugal en sí mismo es el único desencadenante de los problemas; no todos los hijos se involucran en el conflicto de los padres ni lo hacen por igual. Existen además relaciones diádicas (padre–hijo, madre-hijo) a tener en cuenta y factores de resiliencia biológicos, individuales, del entorno, que hay que tener presentes para no caer en hipótesis reduccionistas, por tanto parcialmente falsas y sobre todo ineficaces.

Trabajo con los padres y el paciente

Socialmente es un contexto de trabajo bien aceptado; convocar a ambos padres a la consulta les sitúa en pie de igualdad. La principal dificultad al trabajar con este contexto es que elegimos sin duda el subsistema familiar más rígido, probablemente también más críptico y más resistente a establecer cambios. El no convocar al resto de la fratría aumenta la designación de paciente; por el contrario, la incorporación de los hermanos facilita la descentralización del problema. Nos cabe además aceptar el espejismo que el hijo para el que se demanda la consulta o la intervención es aquel que está haciendo una peor evolución; de hecho no siempre es así. La siguiente viñeta clínica es un ejemplo:

Unos padres piden consulta para un hijo varón de cinco años. Desde las últimas vacaciones tenía pesadillas, dificultad para dormirse, estaba nervioso. Tienen también una hija de tres años y les invitamos a acudir a consulta a los padres con los dos hijos. Encontramos una gran resistencia a traer a la niña,

pese a que no tenían familia cerca y tenían que dejar a la pequeña con amigos. Ante nuestra insistencia aceptaron: la niña presentaba síntomas evidentes de psicosis infantil, tan graves que los padres habían decidido inconscientemente negar, refugiando su atención en los síntomas menores de su primogénito.

Trabajo con la familia nuclear

Incluir siempre que sea posible a toda la familia en el tratamiento de problemas infantiles es probablemente lo más eficaz. No obstante, delimitar el contexto familiar con el que se va a trabajar no es decisión fácil: averiguar la mayor o menor imbricación entre familia nuclear y familia extensa (abuelos, tíos), conocer si una parte de esta familia cohabita con la familia nuclear y tendrá por tanto más información pero también más posibilidades de involucrase en los problemas creando límites difusos entre generaciones… son informaciones relevantes para decidir qué miembros de la familia es pertinente invitar a consulta. Cuando se trata de familias amalgamadas, con límites difusos tanto con la familia de origen materna como paterna, la decisión es delicada. Procede invitar a las familias extensas por separado, ya que a menudo conflictos entre clanes bloquean los canales de comunicación y transforman la consulta en un relato rígido de mitos familiares.

La familia extensa se convoca sólo a las primeras entrevistas, y esto por dos razones: la primera es que resulta imposible mantener una motivación sostenida con todos los miembros a lo largo del tiempo cuando se trabaja con un contexto tan amplio. La segunda y más importante es evitar que la participación de la familia extensa a lo largo del tratamiento dificulte crear límites claros entre sistemas: su exclusión tras las primeras entrevistas contribuye a reestructurar de un modo más funcional el contexto familiar.

Trabajo con el contexto extrafamiliar: la escuela

Si bien la familia es la matriz esencial para el desarrollo del individuo, el niño vive inmerso en otros contextos significativos, entre ellos el escolar. Durante este periodo tan sensible para el desarrollo, el sistema escolar tiene dos características que le hacen incidir de modo especial en la personalidad del niño: en primer lugar la larga exposición horaria que en ella vive, en segundo lugar la intensidad emocional en un lugar donde conocimiento, socialización, relación con los pares, identificación con adultos diferentes a los padres, crean

un sistema complejo para el niño, ya desde una edad temprana. Por otro lado, el sistema educativo, ni a nivel individual ni como organización, está exento de trastornos que pueden crear disfunciones. Obviamente el problema se agrava si los vínculos familiares del niño han sido deficitarios cuantitativa o cualitativamente, o cuando por circunstancias particulares la familia no puede establecer en ese momento un papel de vigilancia y protección de lo que acaece en el medio extra-familiar. La gama incluye desde graves abusos a situaciones de "bullying", pasando por situaciones menos visibles pero graves como la no aceptación de diferencias individuales que hace que un niño pueda sentirse excluido de su grupo.

M. Elkaim habla de la necesidad de "desfamiliarizar la terapia familiar" (Elkaim, 1998). Una visión sistémica, contextual, no reduce el campo de observación a la familia. De manera especial cuando los síntomas se presentan sólo en la escuela (masturbación compulsiva, enuresis diurna, por ejemplo), cuando aluden a la escuela (fobia escolar, problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento en clase que no se presentan en la familia, etc.) son situaciones donde nuestro "macroscopio" debe agrandar la lente e incluir el examen del niño en el medio escolar.

En estas circunstancias es frecuente que familia y escuela se enfrenten buscando la culpabilidad del otro: esta relación debe ser cuidadosamente explorada con el objetivo de establecer un pacto colaborador con todas las partes implicadas, evitando el riesgo de establecer coaliciones paralizantes que hagan crónico el conflicto.

4.2.2. Contextos de intervención en la adolescencia

Pittman (1986) considera que una entrevista de familia puede conseguir resultados sorprendentes en la problemática de un adolescente. No obstante, al tratarse de un periodo donde la resolución de la dependencia y la conquista de la autonomía son tareas fundamentales, está indicado alternar entrevistas familiares con otras individuales donde el adolescente puede considerar aspectos íntimos que a veces son inabordables en el contexto familiar. La terapia familiar por fases es un protocolo que se muestra muy adecuado para el abordaje de esta etapa del ciclo vital, tanto en periodos de crisis como de seguimiento a largo plazo (Gammer y Cabie, 1992).

Además el mundo de los pares forma parte del contexto significativo del adolescente; le permite una inmersión en un sistema exterior al familiar, entre iguales, lugar de referencia en la búsqueda de una identidad. La terapia de grupo, en forma ambulatoria o en estructuras intermedias como hospitales de día, se adapta bien a las necesidades de este periodo, ya que los adolescentes pueden aceptar de sus pares visiones alternativas de sus problemas que no reciben de un adulto.

En términos generales podemos decir que el contexto de intervención en esta etapa del ciclo vital va a depender de:

El tipo de trastorno. En casos poco severos puede optarse por terapias individuales intercaladas con alguna sesión familiar. En las patologías severas la participación de la familia es más importante; el adolescente puede carecer de la autonomía personal que le permita un trabajo individual. No podemos olvidar que en este periodo el cuerpo va a estar muy presente en la expresión de los problemas psicológicos: en los trastornos de la conducta alimentaria, con deterioros físicos severos que incluso pueden llevar a la muerte; en las toxicomanías legales e ilegales; en los trastornos psicosomáticos… En todos estos casos el contexto de intervención transciende no sólo el individuo sino también la familia, para incluir el contexto sanitario que debe colaborar de manera integrada en el abordaje de la problemática física imposible de obviar.

El grado de motivación y de quién haga la demanda. El adolescente tiende a verse como el chivo expiatorio de la problemática familiar y su motivación para consultar puede ser inexistente. Cuando los síntomas repercuten gravemente sobre los padres, a través de su colaboración puede iniciarse el tratamiento del hijo, bien sólo en la fase inicial o a lo largo del tratamiento si es necesario. En los casos donde el miedo a la locura, a ser etiquetado como paciente, van a ser obstáculos mayores para que el adolescente acepte una consulta, la evaluación de todo el sistema familiar será siempre mejor admitida que la valoración individual del problema.

4.2.3. Contextos de intervención con adultos

La aplicación sistémica al campo de la clínica se dirigió en sus inicios de modo especial a los trastornos graves en el adulto: psicosis, anorexia, patología psicosomática. Al tratarse de familias en las que se unen la rigidez

con la tendencia a la aglutinación de sistemas y subsistemas, trabajar con el contexto familiar resultaba una decisión coherente. En la actualidad, el abordaje sistémico no se reduce a la terapia de familia como única modalidad de intervención. Son numerosos los autores que han desarrollado modelos de tratamiento individual sistémico, adaptados a diferentes trastornos, tanto como contexto único de intervención como combinado con otras modalidades (Bowen, 1991; Isbaert y Cabié, 1997; Viaro, 1990).

Estos tratamientos individuales tienen más éxito cuando se trata de individuos con patologías neuróticas, con suficiente nivel de autonomía para promover una demanda, y con un nivel de madurez que les permite asumir "posiciones yo" (yo siento, yo creo…).

En personas que viven en pareja, cabe esclarecer antes de fijar el contexto de intervención si los síntomas individuales no están ocultando y protegiendo una relación de pareja disfuncional. Cuando esto ocurre, un abordaje de pareja puede ser más resolutivo que el individual.

Es también fundamental que el terapeuta pueda disponer de hipótesis suficientes para comprender juegos y estrategias relacionales y establecer el contrato de la terapia individual sobre el compromiso de que lo que se va a trabajar es un cambio en las estrategias individuales, renunciando a las sintomáticas, y no un cambio en las reglas del sistema supraindividual, contrato que transcendería lo que se puede abordar en el marco de una terapia individual. Por ejemplo, si establecemos un contrato de terapia individual con una persona deprimida que vive de modo estable en pareja, los objetivos del tratamiento individual no se centrarán en un cambio en las relaciones de la pareja, sino el que el paciente renuncie como estrategia relacional a sus síntomas depresivos.

Encontramos la aparente paradoja de que el tratamiento individual puede ser una excelente herramienta en conflictos insolubles de pareja, donde los aspectos colusivos conyugales (Willi, 2002), es decir, aquellos problemas individuales no resueltos que luego se llevan al campo de la pareja, impiden negociar los desacuerdos ya que cada cónyuge está intentando preservar su escala de valores, sus mecanismos psicológicos de defensa. Las entrevistas individuales, complementarias con otras de pareja que permiten evaluar la

evolución de uno y otro en el tratamiento, son una buena indicación en estos casos. Por el contrario, la terapia de pareja es un excelente contexto terapéutico en las patologías del adulto emancipado y viviendo en pareja. Existen múltiples investigaciones que prueban por ejemplo que los adultos depresivos evolucionan mejor cuando hay un conflicto abierto de pareja que cuando la pareja está en apariencia incólume: la depresión enmascara en estos casos una disfunción relacional de pareja; por lo tanto, involucrar al otro miembro en el tratamiento facilita el cambio terapéutico.

4.2.4. Contextos de intervención en la tercera edad

En la tercera edad nos encontramos de nuevo en un momento del ciclo vital donde la dependencia intergeneracional, del contexto sanitario o social, es relevante. El cuerpo vuelve como contexto significativo a través de enfermedades físicas crónicas y discapacidades. Las pérdidas en diferentes planos (de salud, económicas, del cónyuge, familiares, amigos…) motivan frecuentes duelos que a veces cristalizan en depresiones. Tenemos que evaluar en cada caso los contextos de dependencia con los que se debe trabajar, su disponibilidad para colaborar, la movilización de recursos intra o extrafamiliares posible. Los problemas de soledad pueden ser abordados en tratamientos individuales (elaboración de duelos) en ausencia de otros recursos, con un resultado nada desdeñable si es llevado a cabo por un terapeuta experimentado en esta etapa del ciclo vital y con una disponibilidad suficiente para una práctica donde la coordinación con otros recursos y la heterodoxia de la intervención son más comunes que excepcionales.

Mención especial merece la evaluación de la familia, cuando está disponible, en situaciones de depresión a menudo identificadas como respuestas ante la distancia relacional de los hijos tras su emancipación (síndrome del nido vacío). Si esta etapa de la vida no se experimenta como un periodo de transición, sino que se salda con la depresión de un miembro de la pareja, sólo la evaluación del contexto familiar puede evitarnos errores irreparables.

La familia de Juana pide consulta para ella, ya que está deprimida tras la marcha de sus hijos de casa. Se trata de una ama de casa en una familia tradicional, donde el marido había asumido los roles extrafamiliares, quedando Juana al cuidado de la casa y la familia.

Convocada la familia, descubrimos que a lo largo de su vida de casada Juana había esperado con anhelo la marcha de los hijos de casa y la jubilación del marido para al fin disfrutar unos años de la vida de pareja. Cuando esto se produce, su hija mayor se divorcia y reclama a su padre constantemente para instalar muebles, cortinas y para ocuparse de los nietos. Juana se ve completamente sola, como una nueva Penélope esperando el regreso de su marido pero cada vez con menos confianza en que algún día llegará su momento.

Terapeutas anteriores habían interpretado su depresión como adaptativa a la marcha de los hijos: éstos reforzaron los lazos familiares, fundamentalmente con el padre, a quien solicitaban noticias sobre la evolución de la madre. Juana estaba cada vez más deprimida. Una correcta evaluación del contexto familiar permitió perfilar la hipótesis: no se trataba de un nido vacío sino, al contrario, permanentemente ocupado por unos hijos cuya dependencia del padre era un obstáculo para la reunificación de la pareja, tan importante en esta etapa.

4.3. El trabajo en red

Cada vez con más frecuencia estamos confrontados a demandas graves donde problemas ligados a la violencia, carencias, negligencias, pobreza, paro, inmigración, graves patologías físicas y /o psíquicas en las familias, emergen bajo síntomas diversos, de imposible manejo desde las estrategias terapéuticas tradicionales. Su abordaje implica por un lado la necesidad de que el profesional haya adquirido una formación adecuada para intervenir con estas familias, englobadas por Odette Masson dentro de la categoría de familias multiproblemáticas. Esta intervención transciende no sólo lo que puede realizar un terapeuta sino también lo que se puede abordar desde un equipo con una organización tradicional. Se precisa una red de servicios coordinada, funcionalmente jerarquizada y con clara definición de roles entre los integrantes de esta red de profesionales que va a constituir un equipo puntual en torno a cada caso.

El trabajo en red, dice Odette Masson (1987), se adquiere teóricamente y sobre todo al practicarlo con el apoyo de los entrenados. Se trata de aprender a descentrarse y entrar respetuosamente y democráticamente en un círculo de profesionales donde cada uno trae su visión de los problemas de la familia. El

compartir las diferentes miradas conduce a la elaboración de estrategias para discutirlas con la familia; ésta se pone a trabajar y a recuperar la esperanza cuando siente al equipo de profesionales unidos y aliados en el reparto y ejecución de las tareas respectivas, orientados al mismo fin.

Las terapias preventivas llevadas a cabo a través de un trabajo en red se orientan a la protección precoz del desarrollo de los niños, antes del deterioro de su potencial, y representan una vía real para disminuir las violencias, atenuar los sufrimientos y reducir los costes económicos y sociales.

5. Lecturas recomendadas

BATESON, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente***.** Buenos Aires: Carlos Lohlé. Se recogen en este libro una selección de artículos publicados por Gregory Bateson entre los años 1935 y 1971. Encontramos en él no sólo aplicaciones prácticas de su pensamiento al campo de la salud mental, sino también su vertiente más epistemológica, a lo largo de sus seis secciones, que invita a conocer a uno de los pensadores más brillantes del siglo XX.

En su sección primera, “Los Metálogos”, hallamos una excelente entrada al pensamiento de Bateson; lo esencial del saber básico de la terapia de familia está sintetizado en estas supuestas conversaciones.

Citar las palabras del propio Bateson sobre el libro es la mejor explicación de esta obra: “Los ensayos esparcidos a lo largo de más de treinta y cinco años, se combinan (en ella) para proponer una nueva manera de pensar sobre las ideas y sobre esos conglomerados de ideas que yo denomino “mentes”. A esta manera del pensar la llamo la “ecología de la mente” o ecología de las ideas. Es una ciencia que no existe aún como grupo organizado de teorías o conocimientos”.

En resumen, estamos ante un autor y una obra de lectura obligatoria para cualquier terapeuta de familia.

DI BLASIO, FISCHER y PRATA (1988). “La ficha telefónica: piedra angular de la primera entrevista con la familia”. *Clínica y Análisis Grupal*, 10 (47), p. 98-116. Los autores presentan un protocolo de recogida de información realizado al teléfono y previo al primer contacto con la familia. Aparte del interés de las razones teóricas que señalan, el artículo acumula la amplia experiencia de estos autores en cuanto a la pertinencia de la información

recogida y la utilidad del método para evitar errores frecuentes en la primera entrevista con la familia.

GAMMER, G. y CABIE M.C. (1992). *L'adolescence crise familiale. Toulouse*: Ed. Éres. Las autoras introducen un modelo de trabajo adecuado para familias que solicitan tratamiento para un hijo adolescente. Los niveles de intervención, es decir, los contextos con los que se trabaja en cada momento, se presentan de forma estructurada y sucesiva, partiendo de la intervención en la crisis e incluyendo elementos del sistema familiar más amplio, variable según las diferentes fases del tratamiento.

SELVINI PALAZZOLI, M. (1985). "¿Qué es la terapia del contexto?". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. V, p. 15-22. Mara Selvini da en este artículo una clara explicación de lo que entiende por contexto, apoyándose en la visión de Gregory Bateson para fundamentar las razones de por qué los síntomas tienen un significado diferente cuando se los analiza en el contexto en el que surgen. Encontramos en las viñetas clínicas ejemplos interesantes donde comportamientos incomprensibles "encajan" como piezas de un rompecabezas en el contexto en el que aparecen, contexto que a veces incluye no sólo a la familia sino sistemas supraindividuales más amplios.

Bibliografía

ANDERSEN, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y Diálogos sobre diálogos*. Barcelona: Gedisa.

BATESON, G. (1976). "Hacia una teoría de la esquizofrenia". En: *Pasos hacia una Ecología De La Mente*. p. 231-256. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

BOWEN, M. (1991). *De la familia al individuo: diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós Ibérica.

DE ROSNAY, J. (1977). *El Macroscopio: Hacia una visión global*. Madrid: Ed. AC.

DI BLASIO, FISCHER y PRATA (1988). "La ficha telefónica: piedra angular de la primera entrevista con la familia". *Clínica y Análisis Grupal*, 10 (47), p. 98-116.

ELKAIM, M. (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

FOUREZ, B. (1998). «Docteur, je manque de confiance en moi», *Cahiers de psychologie clinique*, 10, p. 173-196.

GAMMER, G. y CABIE M.C. (1992). *L'adolescence crise familiale.* Toulouse: Ed. Éres.

HALEY, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

ISBAERT, L. y CABIE M.C. (1997). *Pour une thérapie brève: Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Toulouse: Ed. Éres.

JACKSON, D. (1977). "The myth of normal". En WATZLAWICK, P. y WEAKLAND, J.H. (1977). *The interactional View. Studies at de Mental Research Institute Palo Alto 1965-74.* Nueva York: W. W. Norton & Co.

LIDZ, T., CORNELISON, A., FLECK, S., TERRY, D. (1957). "The interfamilial environment of the schizophrenic patient I: The father". *Psychiatry*, Vol. 20, p. 329-342.

LIDZ, T., FLECK, S. y CORNELISON, A. (1965). *Schizophrenia and the family*. Madison CT: International Universities Press.

MASSON, O. (1987). "Contextos maltratantes y coordinación interinstitucional". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 7, p. 531-556.

MATURANA, H. (1997). *La realidad: un argumento para obligar*. Santiago de Chile: Dolmen.

MINUCHIN, S. (2009). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

PITTMAN, F. (1986). *Momentos decisivos*. Barcelona: Paidós.

PRATA, G. (1985). "La maniobra del miembro ausente en las primeras sesiones de consulta. Cómo evitar errores irreparables". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria,* vol 5, nº 15, p. 439-452.

PRATA, G., VIGNATO, M. y BULLRRICH, S. (2001). *El niño que seguía la barca.* Bilbao: Desclée De Brouwer.

RAFFIN, C. (1988). "Testing Clinical Hypotheses by Means of "Falsificationist Epistemology". *Family Process*, 27, p. 485-499.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, F., PRATA, G. (1985). "El tratamiento de los niños a través de la terapia breve de sus padres". En SELVINI, M. (1985). *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di Mara Selvini Palazzoli*. Roma: La Nuova Italia Scientifica. (Trad. Cast.: *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós, 1991).

———— (1980). The Problem of the Referring Person. *Journal of Marital and Family Therapy,* Vol. 6, p. 3-9.
SELVINI PALAZZOLI, M. (1985). ¿Qué es la terapia del contexto? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. V, p. 15-22.
SLUZKI, C.E. (1975). *Psicopatología y Psicoterapia de la pareja*. Buenos Aires: Nueva Visión.
SUÁREZ, T. (1988). Niveles de intervención en salud mental infanto-juvenil. Un análisis sistémico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8, p. 227-235.
VIARO, M. (1990). Session-intersession sequences in the treatment of chronic anorexic bulimic patients: Following the model of "family games". *Family Process,* 29, p. 289-296.
VIARO, M. y LEONARDI, P. (1983). Getting and giving information. Analysis of a family interview strategy. *Family Process*, 22, p. 27-42.
WATZLAWICK, P. (1997). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
WILLI, J. (2002). *La pareja humana: Relación y conflicto*. Madrid: Morata.
WYNNE, L. y SINGER, M. (1963). Differentiation characteristic of parents of childhood schizophrenics, neurotics and young adult schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 120, 234-243.
WYNNE, L. y SINGER, M. (1965). Thought disorder and family relations of schizophrenics. Results and implications. *Archives of General Psychiatry*, 12: 201-212.

6

Destrezas terapéuticas sistémicas

Alicia Moreno Fernández

Isabel Fernández Pérez

Índice de contenidos

Este capítulo presenta las destrezas conceptuales y prácticas que caracterizan la intervención desde el enfoque sistémico y que son comunes a los distintos modelos (estructural, estratégico, escuela de Milán, etc.). En primer lugar, abordamos el tema de la persona del terapeuta y las actitudes o cualidades básicas que éste debe desarrollar junto con su entrenamiento más "técnico". Describiremos después (a) las destrezas conceptuales, es decir, los principios teóricos y conceptos básicos comunes a todos los modelos de intervención sistémicos, (b) las destrezas para el establecimiento del contexto terapéutico, (c) las destrezas para la conducción de la entrevista (formulación de hipótesis, circularidad y neutralidad) y (d) las destrezas de intervención emocionales, cognitivas y pragmáticas más utilizadas en terapia sistémica.

1. La persona del terapeuta

El estilo de intervención del terapeuta y su capacidad para establecer buenos vínculos con las personas a las que atiende vienen determinados no sólo por su preparación teórica o práctica, sino por sus características personales, con su particular bagaje personal, historia familiar, condiciones de vida, creencias, sexo, edad, clase social, estilo de comunicación y de relación, etc. Es necesario un trabajo de autoconocimiento que acompañe a la formación teórica y técnica, y que permitirá al terapeuta ser más eficaz en la ayuda a otros: por un lado, evitando que sus propios puntos ciegos interfieran en el proceso, y por otro, sirviéndose de sus propias reacciones emocionales como una fuente privilegiada de información acerca del proceso terapéutico y de la relación con las personas a las que intenta ayudar. En este proceso de autoexploración, es muy útil el trabajo sobre su propia familia de origen y otros aspectos que se suelen abordar en la formación de los terapeutas familiares sistémicos, como las escenas temidas o las resonancias emocionales con determinados temas (Espina, 1995). Asimismo son recomendables tanto la supervisión como la psicoterapia personal del propio terapeuta, que le ayuda a conocerse más y aprender sobre el proceso terapéutico "desde dentro".

1.1. Autoconocimiento

Los terapeutas debemos ser conscientes de nuestros valores, necesidades, percepciones y emociones, para poder separarlos y distinguirlos de los de las personas con quienes trabajamos. Así podremos ayudarles a desarrollar su

propia autoconciencia y guiarse por sus sistemas de valores y estilos de vida preferentes, que quizá difieren de los nuestros (Cormier y Cormier, 2000).

Un mayor nivel de autoconciencia nos permite ver cuáles son las “gafas” o filtros a través de los que interpretamos la realidad, y cómo esos filtros provienen tanto de nuestra trayectoria vital particular como de nuestra cultura, raza, género, etnia, orientación sexual, clase social, religión, etc. Al desarrollar esta *conciencia social, cultural y de género* (Okun, 2001), nos hacemos más conscientes de los estereotipos o “pre-juicios” que pueden estar condicionando nuestra percepción sobre lo que es normal o adecuado (p.ej., las pautas de crianza de los hijos, cuáles son los límites sanos entre los hijos adultos independizados con sus padres, cuál es la forma adecuada de conciliar la familia y el trabajo, etc.). Además, si los terapeutas somos más sensibles a la influencia que nuestro género y la cultura ejercen sobre nuestras propias percepciones, valores, actitudes y creencias, captaremos mejor los efectos que estas variables pueden tener en los demás y les ayudaremos a darse cuenta de ello, por ejemplo, preguntándonos con ellos de dónde provienen sus ideas sobre lo que es ser “una buena madre”, cuál debe ser el rol del hombre en la familia, o qué implica saber que su hijo es homosexual.

El autoconocimiento del terapeuta implica no sólo esta capacidad de verse a sí mismo en su contexto social y cultural, sino de mirar dentro de sí con humildad y honestidad para reconocer posibles áreas conflictivas, sentimientos o necesidades no resueltos que pueden condicionar su trabajo. Si tenemos una visión negativa de nosotros mismos, no nos sentimos competentes o válidos como personas, o seguros de nuestra capacidad de ayudar al otro, eso puede interferir en nuestra capacidad de ayudar, ya que, por ejemplo, en la interacción con el paciente evitaremos abordar ciertos temas, o confrontarle y desafiarle cuando sea necesario.

Cormier y Cormier (2000) señalan tres áreas personales que los terapeutas deberían examinar atentamente, porque pueden tener un impacto sobre la calidad de la relación y del trabajo terapéutico: competencia, poder e intimidad. El tema de la *competencia* puede ser problemático tanto si el terapeuta niega sus posibles limitaciones, evitando así abordar las posibles dificultades en el proceso terapéutico, como cuando es excesivamente negativo

y autocrítico y deja traslucir esa falta de confianza en sí mismo, poniendo en duda su competencia profesional. Ocurre algo similar respecto al *poder*, ya que los extremos de omnipotencia–impotencia del terapeuta pueden perjudicar el proceso terapéutico. Desde la posición de omnipotencia el terapeuta puede ejercer un control excesivo sobre la terapia, no dejando margen para la flexibilidad o las iniciativas de los pacientes. En otros casos, esta tendencia al control y rigidez puede llevar al terapeuta a convertirse en una especie de "predicador", convencido de que tiene la verdad acerca de lo que el paciente debe hacer, pensar o sentir. En el otro extremo estarían los terapeutas temerosos de asumir y ejercer su poder, que adoptan una actitud demasiado pasiva y tienen dificultades para ejercer activamente el liderazgo. Finalmente, en el área de la *intimidad*, las necesidades no resueltas del terapeuta pueden influir en su forma de trabajar. Quizá su necesidad de distancia, el temor a la cercanía y al afecto le lleven a evitar la intimidad emocional con el paciente, mostrándose en un rol profesional de experto, excesivamente frío y distante. O por el contrario, su necesidad de protección, afecto y aceptación por parte del cliente, su temor al rechazo, pueden llevarle a buscar sutilmente el feedback positivo del cliente para sentirse valorado y querido; evitará quizá enfrentarse o retar al paciente por temor a decepcionarle, intentando provocar siempre en él sentimientos positivos.

1.2. Autoobservación

La autoobservación del terapeuta le permite adquirir una visión más completa y realista de sus recursos y sus posibles debilidades o "puntos ciegos". Le sirve, además, para estar más conectado emocionalmente consigo mismo y con los pacientes, y detectar lo que tradicionalmente se ha denominado transferencia y contratransferencia: las reacciones emocionales que el terapeuta evoca en el paciente, o éste en el terapeuta, y que tienen relación con otros vínculos significativos en sus respectivas historias personales. El terapeuta desarrolla un Yo observador (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002), que le permite darse cuenta de cómo está viviendo la relación con los pacientes y detectar su posible incomodidad o reacciones emocionales intensas frente a determinadas personas, situaciones o temas (p.ej., un maltratador, un paciente que intenta seducir al terapeuta o que

cuestiona sutilmente su competencia por ser inmigrante, la rabia hacia los padres o la identificación con un hijo convertido en el chivo expiatorio familiar, etc.). Es importante distinguir si esas reacciones las experimentarían la mayoría de los terapeutas dentro de un determinado medio social, ante determinadas problemáticas (como ocurre frecuentemente con agresores sexuales, pacientes agresivos, personas que se automutilan), o si responden a algo más personal, a una especial sensibilidad o vulnerabilidad del terapeuta frente a ciertas personas, emociones o temas (por ejemplo, situaciones de abandono o negligencia emocional, la manipulación emocional de una madre hacia sus hijos, personas excesivamente narcisistas). El entrenamiento en manejar este Yo observador no se orienta a que las emociones no aparezcan, sino a que cuando lo hagan el terapeuta pueda reconocerlas y utilizarlas a favor del proceso terapéutico. Así, cuanto más conectado consigo mismo esté el terapeuta, mejor podrá conectar con los estados emocionales del paciente sin traspasar la delgada línea de la sobreimplicación o la desconexión emocional.

2. Destrezas conceptuales sistémicas

Las terapias sistémicas se basan en principios teóricos provenientes fundamentalmente de la teoría general de sistemas, la cibernética, los axiomas de la comunicación, el constructivismo y el construccionismo social[1]. Aunque cada modelo de intervención destaca algunos de esos conceptos sobre otros y los lleva a la práctica desarrollando estilos particulares de intervención, señalamos a continuación algunos conceptos comunes a la mayoría de los modelos sistémicos, y que constituyen las destrezas conceptuales sistémicas básicas (Association for Family Therapy and Systemic Practice; Carter y McGoldrick, 1999; Schlippe y Schweitzer, 2002; Whiteside y Sheinberg, 2009).

Una *visión relacional o contextual de los individuos y de los problemas por los que consultan*, incluyendo en esa visión contextual: (a) a la familia nuclear, extensa y de origen, así como otras relaciones significativas, y a los propios sistemas terapéuticos (los profesionales y las instituciones a las que pertenecen); (b) el entorno social y comunitario, el contexto social y político y los valores culturales y de género dominantes, y (c) una perspectiva sincrónica

(cómo interactúan todos estos sistemas en el presente) y también diacrónica o histórica (cómo han evolucionado esas relaciones a lo largo del tiempo, así como los eventos significativos que han tenido impacto en el sistema familiar).

Una *perspectiva circular e interaccional* que cuestiona las formulaciones lineales de causa-efecto, y que explora la influencia recíproca entre los individuos, y entre éstos y los sistemas de los que forman parte. La perspectiva circular evita situar el origen o la culpa de un problema unilateralmente en un individuo y tiene en cuenta cómo las personas participan (a veces inintencionadamente) en los circuitos de interacción que mantienen los problemas. Esta interrelación entre los individuos que componen el sistema no implica, sin embargo, que todos ellos tengan el mismo grado de responsabilidad sobre el mantenimiento del problema, ya que existen diferencias de poder entre ellos en función de la posición que ocupan en el sistema y de características como su edad, sexo, religión, cultura y clase social.

Una visión *desculpabilizante y despatologizante* de los problemas por los que se consulta en psicoterapia, que considera que éstos no se originan ni residen *dentro* de los individuos, sino que se generan o mantienen (a) en los procesos de interacción que se dan entre los individuos y (b) en las creencias, narrativas o visiones del mundo que se originan y mantienen en la interacción entre los individuos, la familia y el contexto social más amplio. Aunque el individuo o la familia presenten formas de actuar, sentir, relacionarse o interpretar la realidad que en la actualidad no sean funcionales o limiten sus posibilidades de desarrollo, habitualmente cumplen una función protectora para el sistema o tienen una intencionalidad positiva (a veces los mismos intentos de solución son los que se convierten en el problema).

Se interviene preferiblemente (aunque no exclusivamente) *sobre el sistema familiar*, al ser éste el sistema relacional más significativo, y se tienen en cuenta sus dos propiedades básicas: la homeostasis o tendencia a mantener la estabilidad, y la morfogénesis o tendencia a la evolución y al cambio. Aunque en ocasiones las intervenciones van fundamentalmente dirigidas a cuestionar la homeostasis cuando es excesivamente rígida, el terapeuta sistémico tiene presente la capacidad de autoorganización y de cambio inherente a todos los

sistemas.

Múltiples perspectivas. Así como se considera que hay múltiples maneras de "puntuar" las secuencias (p.ej. en qué persona, acción o hecho situamos el comienzo o una mayor responsabilidad por la interacción), también en los significados o visiones de la realidad el terapeuta sistémico considera que hay múltiples perspectivas; cada persona (incluido el terapeuta), dentro de un sistema, puede tener su propia versión sobre lo que constituye o no el problema, cómo se explica, a qué se atribuye, cuál sería una solución y cómo alcanzarla, etc. La labor del terapeuta es facilitar que se desplieguen y tengan en cuenta estas distintas perspectivas, y que posteriormente puedan compararse, revisarse o ampliarse desde una perspectiva inclusiva (esto… *y también* lo otro…) en lugar de disyuntiva (esto… *o* lo otro…).

Proceso versus contenido. El terapeuta sistémico atiende sobre todo a los aspectos pragmáticos o relacionales de la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981), preguntándose qué comunican las conductas (incluidas las conductas problemáticas), qué mensajes se transmiten a nivel verbal y no verbal, y las posibles incoherencias o contradicciones entre ambos; cómo se ponen en juego en la comunicación los aspectos de relación, es decir, qué lugar ocupa cada cual en la interacción en relación al otro; y cómo ir más allá de las diferentes perspectivas o puntuaciones de las secuencias de interacción que hace cada individuo, intentando tener una visión global circular.

3. Destrezas para el establecimiento del contexto terapéutico

3.1. Encuadre y objetivos

Encuadre. El terapeuta interviene directamente, y siempre que sea posible, con los miembros del sistema significativo en el que se da el problema, que suele ser la pareja o familia nuclear. En ocasiones también puede incluir temporalmente a miembros de la familia extensa, otras personas relevantes (amigos, compañeros, miembros de un grupo de apoyo), así como a la red de profesionales implicados en el caso (servicios sociales, contexto escolar, terapeutas individuales, etc.). Algunos modelos, como el estructural, enfatizan la presencia de la familia nuclear. Otros, como la terapia centrada en soluciones o narrativa, por ejemplo, no tienen un encuadre tan definido de trabajo y están abiertos a trabajar con el individuo solo o incluyendo a las

personas significativas de su familia o entorno que puedan contribuir a la solución del problema. El terapeuta sistémico, por tanto, valora en cada caso quiénes son las personas relevantes para abordar el problema, a quién incluir y en qué formato de trabajo. E independientemente de si participan directamente en la terapia o no, todas las personas y sistemas relacionales significativos son contemplados por el terapeuta en su visión panorámica del problema y del trabajo terapéutico.

El *objetivo básico* del terapeuta sistémico es ayudar a la persona o familia a construir una nueva "narrativa", desarrollando nuevos patrones de sentimientos, acciones, interacciones y/o formas de percibir la realidad que hagan innecesario el problema o síntoma por el que consultan (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002) y que abran nuevas perspectivas y posibilidades de acción, en consonancia con sus sistemas de creencias, recursos, características personales, valores o prioridades. Tal como planteó Von Foerster en su imperativo ético respecto a la intervención sistémica: *actúa siempre de modo tal que aumentes el número de posibilidades*. Por tanto, "todo lo que reduce el número de posibilidades (tabúes, prohibiciones mentales, dogmas, evaluaciones sobre lo correcto e incorrecto) obstaculiza el trabajo sistémico" (Schlippe y Sweitzer, 2002, p. 129).

La terapia sistémica se enfoca fundamentalmente en dos dimensiones: las *secuencias de interacción* y las *construcciones de la realidad* que las acompañan. A veces el terapeuta interviene directamente sobre las interacciones (como en la terapia estratégica o terapia centrada en soluciones) o la estructura familiar que se ha generado como consecuencia de esas interacciones mantenidas a lo largo del tiempo (terapia estructural). Otras veces la intervención va dirigida a explorar y cuestionar la forma en que la persona o la familia han construido una determinada visión de la realidad (modelo intergeneracional, terapia breve del MRI o narrativa, p. ej.), considerando que el cambio provendrá de introducir nuevos elementos para cuestionar esa historia y sustituirla por otra que genere nuevas posibilidades. Al trabajar sobre esa particular forma de percibir la realidad, podemos enfocarnos en cómo ha sido construida por ese individuo o familia en el presente (terapia breve del MRI), a lo largo de la historia familiar en varias

generaciones (modelo intergeneracional) o a través de las historias o narrativas dominantes presentes en un determinado entorno cultural y social (modelo narrativo). Hay una interrelación entre las secuencias de interacción (*ej., cuando mi hijo tiene un problema le echo la bronca, le sobreprotejo o discuto con mi cónyuge*) y las construcciones de la realidad (*ej., creo que el problema se debe a que mi hijo es vago, tiene baja autoestima, o la culpa la tiene mi pareja, que le consiente demasiado*), de forma que se refuerzan mutuamente. Interviniendo sobre una de las dimensiones, inevitablemente cambiará la otra.

El terapeuta sistémico *se enfoca tanto en los problemas a resolver como en las soluciones o situaciones deseadas* por el individuo o la familia. A veces el foco de la terapia está en explorar e intervenir sobre las conductas, interacciones ("círculos viciosos") o construcciones de la realidad que mantienen un problema, como ocurre en la terapia estructural, estratégica o intergeneracional. En estos casos el terapeuta intenta cuestionar la rigidez de la homeostasis familiar.

Veamos un ejemplo: *Una madre recién separada de su marido maltratador tiene dificultades para ejercer sus funciones parentales con sus hijas adolescentes, pasando del autoritarismo a una posición de "colega", y se ve como una madre inadecuada e impotente. La intervención podría centrarse en establecer una jerarquía más funcional, facilitar nuevas pautas de interacción entre madre e hijas, y revisar el origen de esa visión incapacitante de sí misma, que proviene de una posición desvalorizada no sólo con su pareja sino quizá también en su propia familia de origen.*

En otras ocasiones el terapeuta explora lo que sí funciona (o podría funcionar): los recursos y capacidades de la familia, las excepciones al problema (terapia centrada en soluciones) y los valores, anhelos, y estilos de vida preferidos que les impulsan hacia el cambio (narrativa). Aquí el terapeuta facilita la capacidad de autoorganización del sistema, contando con que la propia persona o familia tienen ya los recursos para cambiar, y que el terapeuta sólo necesita activarlos.

En el caso de esta familia, exploraríamos en qué ocasiones y circunstancias se ha dado una mejor relación madre-hijas, cuándo la madre se siente más

eficaz y satisfecha con su rol de madre, y cuáles son las capacidades y deseos para sí misma y para sus hijas que se han puesto de manifiesto, por ejemplo, al tomar la decisión de romper la relación de maltrato, o que la impulsan a pedir ayuda ahora.

De nuevo, el terapeuta sistémico contemplará las dos perspectivas, cuestionar la homeostasis o activar la capacidad innata de cambio de la persona o familia, como posibles vías de desbloquear los *círculos viciosos* (homeostasis que mantiene el problema) y sustituirlos por los *círculos virtuosos* (las interacciones y perspectivas que amplifican los movimientos hacia el cambio).

3.2. La alianza terapéutica y el manejo de resistencias

Si la capacidad del terapeuta de establecer una buena relación con los clientes es de vital importancia en cualquier proceso terapéutico, en el caso de la terapia sistémica con parejas o familias es un reto especialmente importante y difícil. El terapeuta sistémico intentará crear un vínculo con los distintos miembros de la familia que pueden tener percepciones, necesidades y actitudes muy diferentes frente al problema o a la terapia; quizá atribuyen el problema a uno de los miembros y no entienden la necesidad de un tratamiento conjunto, son reticentes a asistir a las sesiones o a participar activamente en ellas, o no sienten que haya un objetivo compartido con el terapeuta o con los otros miembros de la familia (Anderson y Stewart, 1988). El terapeuta trabajará muy activamente desde el primer contacto con la familia para desarrollar con todos ellos una conexión y un clima de colaboración, confianza y respeto que permitan el establecimiento de objetivos comunes de trabajo, y una motivación para implicarse en el tratamiento y avanzar hacia esos objetivos.

En el modelo e instrumentos de medida desarrollados por Friedlander, Escudero y Heatherington (2009) se describen así las cuatro dimensiones que componen la alianza terapéutica con parejas y familias:

Enganche en el proceso terapéutico. Significa que las personas que participan en terapia le encuentran sentido al tratamiento; se involucran en la terapia y trabajan coordinadamente con el terapeuta; entienden que los objetivos y las tareas de la terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta; consideran que tomarse en serio el proceso es importante y que el cambio es posible.

Seguridad dentro del contexto terapéutico. Los clientes consideran la terapia

un lugar en el que pueden arriesgarse, estar abiertos a nuevas posibilidades, ser flexibles; se sienten cómodos y albergan expectativas de que se produzcan nuevas experiencias y aprendizajes; entienden que hay cosas buenas que provienen de la terapia, que el conflicto dentro de la familia se puede manejar sin hacerse daño y que no es necesario estar a la defensiva.

Conexión emocional con el terapeuta. Los clientes consideran al terapeuta una persona importante en su vida; sienten que la relación terapéutica se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; creen que le importan realmente al terapeuta y que éste está a su lado para ayudarles, comparten con él perspectivas o valores similares, y confían en que los conocimientos y la experiencia del terapeuta son relevantes.

Sentido de compartir el propósito dentro de la familia. Los miembros de la familia consideran que están trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; tienen un sentido de solidaridad en relación con la terapia ("estamos juntos en esto"); valoran el tiempo que comparten en la terapia; hay esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia.

La alianza terapéutica sirve de soporte a las intervenciones a lo largo de todo el tratamiento y es decisiva en sus primeras fases: el contacto inicial con la familia, la convocatoria de la primera entrevista y el establecimiento del contrato terapéutico, es decir, el acuerdo acerca de quiénes y cómo trabajarán juntos para conseguir los objetivos de cambio consensuados[2]. Para conseguir la implicación de la familia en la terapia y crear un contexto seguro, se intenta también minimizar las resistencias o actitudes defensivas de los miembros de la familia entre sí o con el terapeuta o equipo terapéutico.

Las resistencias son "el conjunto de conductas del sistema terapéutico que interactúan para impedirle el logro de los objetivos de la familia en relación con la terapia. El sistema terapéutico incluye a los miembros de la familia, al terapeuta y al contexto en el cual se desarrolla la terapia, es decir, la agencia o institución donde acontece" (Anderson y Stewart, 1988, p. 50). Así pues, la resistencia no está localizada *en la familia* (que puede mostrar mayor o menor motivación o ansiedad hacia el cambio) sino que se genera *en la interacción con el terapeuta* (con sus características personales, estilo terapéutico, nivel de

experiencia, etc.) *y con el contexto* en el que tiene lugar la intervención (recursos disponibles para el tratamiento o para el terapeuta tales como trabajo en equipo o supervisión; apoyo, desconocimiento o reticencia ante las intervenciones de terapia familiar; política asistencial de la institución, etc.).

El terapeuta intenta *anticipar las resistencias* de la familia, entendiendo que son producto de varias fuerzas: (a) el intento de mantener la estabilidad (homeostasis), que no es un "defecto" de la familia, sino una característica de todos los sistemas, (b) la ansiedad o miedo ante el cambio y las consecuencias que éste traerá al tener que renunciar a la forma habitual de funcionamiento familiar, y (c) la dificultad de aceptar la intervención de un profesional o equipo extraños por el temor a exponerse, a sentirse criticados o culpables de haber causado el problema, o a remover temas dolorosos y sentirse aún peor.

Una de las resistencias iniciales más habituales en la terapia familiar sistémica aparece cuando la familia atribuye el problema a uno de los miembros (*el problema lo tiene mi hijo; ¿para qué tengo que ir yo a terapia?*) y el resto no entiende por qué es necesaria su participación en las sesiones. El terapeuta no cuestiona inicialmente esa visión del problema, pero la amplía al plantear que la opinión y perspectiva de todos los miembros de la familia es importante, que todos ellos se ven seguramente afectados por el problema, y que su contribución en la terapia servirá para solucionarlo más eficazmente, aportando entre todos los recursos y la colaboración para el cambio. Todos los miembros presentes serán tenidos en cuenta y considerados igualmente importantes, tanto los que se presentan como los portavoces de la versión oficial del problema como aquellos que pueden quedar más fácilmente relegados: niños, ancianos, personas con alguna discapacidad o quienes ocupan una posición más desvalorizada o vulnerable.

Estas estrategias permitirán al terapeuta encontrar una forma de colaborar con los miembros de la familia en lugar de acabar percibiéndolos como adversarios contra los que luchar y que fácilmente le pueden derrotar (Bergman, 1987). El terapeuta entiende y respeta la homeostasis, aunque intenta no acabar formando parte de ella, y abre nuevas posibilidades a la familia, teniendo presente que la motivación principal para el cambio debe provenir de ellos, y no del propio terapeuta.

3.3. El rol del terapeuta

Cada terapeuta aporta a la relación con la familia su particular personalidad y estilo de relación. Ceberio y Linares (2005) señalan una serie de capacidades o recursos que al estar presentes en mayor o menor grado, dan forma al peculiar estilo terapéutico individual: la creatividad y flexibilidad para incorporar nuevas ideas o estrategias; la tendencia a ver el lado positivo de las cosas; la capacidad de desafiar o confrontar para promover el cambio; la búsqueda de consenso, puntos en común y mediación para evitar una escalada en los conflictos; la curiosidad para conocer a la familia y explorar con detalle su forma de pensar, sentir, actuar y relacionarse; el sentido del humor (también hacia uno mismo) que cree un ambiente distendido y alivie la tensión; el dominio de la comunicación verbal y la capacidad de “hablar el lenguaje del cliente”; la utilización del lenguaje metafórico a través de analogías, metáforas y cuentos; la capacidad de ser pragmático y directivo, motivando a la familia a seguir sus prescripciones; la capacidad de contención emocional de los pacientes en situaciones de crisis; la flexibilidad mental para observar y reformular los problemas o situaciones desde distintas perspectivas; la facilidad para detectar el lenguaje corporal y utilizar el propio cuerpo como un recurso terapéutico (esculturas, role-playing, movimientos o posturas que expresan emociones, etc.), y la capacidad, en general, de expresar y evocar un amplio rango de emociones.

A la variabilidad de estas características del estilo personal del terapeuta podemos superponer una visión panorámica del rol del terapeuta sistémico, que describiríamos en un continuo entre las posiciones de *experto* y de *colaborador*. El terapeuta interviene desde el rol de *experto* cuando adopta un estilo más directivo, marcando claramente cómo y con quién se llevan a cabo las sesiones, e interviniendo activamente para modificar en sesión o fuera de sesión, mediante la asignación de tareas, las pautas habituales de relación entre los miembros de la familia (obviamente habiéndose ganado previamente la confianza y respeto de la familia). Como explica Minuchin en el caso de la terapia estructural, el terapeuta inicialmente pasa por la fase de *joining*, en la que conecta con la familia para intentar que le abran la puerta y entrar así a formar parte del sistema, y desde dentro, una vez que ha sido aceptado, se con-

vertirá en el líder del proceso, en el coreógrafo de la danza familiar (Minuchin y Fischman, 1984). Haley, desde el modelo estratégico, señala asimismo la responsabilidad del terapeuta por diseñar las estrategias adecuadas para intervenir eficazmente con cada familia (Haley, 1980), resolviendo el problema por el que consultan y sorteando indirectamente las resistencias al cambio. Asimismo los terapeutas que aplican el modelo de la escuela de Milán resaltan esta directividad (Rojero, 1986) en su estilo de relación con la familia; desde el rol de expertos hacen típicamente señalamientos a la familia en forma de mensajes que desvelan el juego oculto familiar y la funcionalidad del síntoma.

El terapeuta asume más una posición de *colaborador* y menos de experto cuando adopta una postura de "no saber" (Anderson, 1999): considera a los clientes o la familia los verdaderos expertos en su vida, y su labor consiste en establecer con ellos un tipo de diálogo que facilite la apertura a nuevas perspectivas. Esta postura es característica, por ejemplo, de los modelos colaborativos o construccionistas (Andersen, 1991; Freedman y Combs, 1996; White y Epston, 1993), en los que se intenta minimizar la diferencia jerárquica entre clientes y terapeuta, abandonar la posición de que el terapeuta es el técnico o experto que sabe qué es más adecuado para las personas que le consultan, y promover prácticas que fomentan la transparencia del trabajo del terapeuta y devuelven el poder y el protagonismo a los clientes. Cuando los terapeutas trabajan desde esta postura son conscientes de que su visión no es objetiva, sino que está influenciada por sus propias premisas, experiencias y teorías (Boscolo et al, 1989). Desde esta toma de conciencia, podrán revisarse a sí mismos a la vez que trabajan con los clientes, y mantener cierta distancia y autonomía de sus propios "pre-juicios" (Cecchin et al, 2002). El propio terapeuta co-evoluciona junto con los clientes, y conjuntamente co-construyen nuevas perspectivas de la realidad. Ante la capacidad de las personas y los sistemas de autorregularse y dirigir su propio cambio, la labor del terapeuta es la de establecer determinados estilos de diálogo (por ejemplo, la externalización), que resalten las destrezas, valores y preferencias de las personas y les ayuden a avanzar en esa dirección deseada. El terapeuta se interesa no tanto por resolver el problema como por explorar y ampliar el

terreno del “no problema”: los deseos, recursos o herramientas que las personas ya poseen y que les guían en dirección al cambio.

Aunque el terapeuta sistémico puede trabajar preferentemente desde uno de estos dos polos *experto-colaborador*, es muy útil que desarrolle la flexibilidad y versatilidad como para poder moverse a lo largo de ese continuum y variar su rol en función de lo que requiera el caso o situación en particular.

3.4. El rol del equipo terapéutico

La terapia sistémica, sobre todo en contextos de formación, se realiza con frecuencia en coterapia en una sala con espejo unidireccional, de forma que un equipo de profesionales (otros compañeros o terapeutas en formación) observa desde otra sala la sesión a través del espejo, e interviene aportando sugerencias, preguntas o mensajes al terapeuta o a la familia. En estos casos la relación terapéutica no se establece de forma tan íntima o unilateral entre la familia y un único terapeuta, sino con los dos coterapeutas y/o con el resto del equipo. Se crea así un sistema terapéutico compuesto por familia, terapeuta y equipo.

Al principio del tratamiento se presenta esta forma de trabajo, enfatizando la utilidad de contar con un equipo que colabora con el terapeuta y la familia aportando distintos puntos de vista que potencien el cambio. Si se graban las sesiones en vídeo es necesario el consentimiento previo y por escrito de la familia, garantizando en este caso los terapeutas la confidencialidad de esas grabaciones, que se utilizan únicamente dentro del contexto asistencial o formativo en el que se realiza la terapia. Este es un momento clave para el inicio de una buena alianza terapéutica y para el establecimiento de un clima de seguridad, respeto y cuidado hacia la familia por parte del terapeuta y el equipo.

Hay una serie de destrezas o tareas que los terapeutas sistémicos en formación necesitan desarrollar para poder trabajar cómoda y eficazmente en este formato (que a veces puede resultar extraño y amenazante inicialmente, tanto para ellos como para las familias). En primer lugar, se trata de establecer en el equipo un clima de confianza, respeto y colaboración (ya se trate de un grupo de iguales o de un grupo con supervisores y alumnos en formación) en el que uno pueda exponerse frente a los compañeros cuando está en el rol de

terapeuta y también aportar sugerencias y dar feedback constructivo desde detrás del espejo cuando está en el rol de observador. Si queremos que la familia perciba que el equipo es un apoyo para la terapia, esto debe ser así para el propio terapeuta; no podrá transmitir a la familia la seguridad y confianza en este tipo de encuadre, incluida la grabación en vídeo, si él/ella se siente incómodo, tenso o inseguro con esta forma de trabajo. También el trabajo en equipo facilita al terapeuta la diversidad de perspectivas, la capacidad de tener una “meta visión” del proceso terapéutico, y requiere de él/ella la disponibilidad y apertura para incorporar el feedback de los compañeros.

El equipo comparte con el terapeuta principal la responsabilidad de generar hipótesis y diseñar las estrategias terapéuticas que guíen el tratamiento, aunque suele prevalecer el criterio final del terapeuta, quien tiene el contacto directo con la familia y, por tanto, una experiencia subjetiva diferente a la del equipo de observación. Antes de la sesión, todo el equipo revisa la información disponible sobre la familia y las sesiones anteriores y diseña un plan más o menos detallado de la sesión: áreas a explorar, estrategias a emplear y objetivos a conseguir (por ejemplo, conectar el problema actual con la historia de la familia de origen, externalizar el problema, facilitar un acercamiento entre madre e hija, hacer participar más al padre, etc.). Esto sirve de apoyo al/los terapeutas que intervienen directamente en la sesión, que pueden contar con las indicaciones o sugerencias del equipo durante la entrevista, mediante breves llamadas telefónicas, o en el transcurso o al final de la sesión, cuando los terapeutas principales hacen una pausa para consultar con el equipo detrás del espejo. El equipo ayuda al terapeuta a no desviarse o perderse respecto a la línea de trabajo prevista, a diseñar estrategias alternativas cuando sea necesario, a centrarse en los *contenidos* relevantes y a estar atento al *proceso* interpersonal de la entrevista (Beyebach, 1995b) (por ejemplo, si el terapeuta está perdiendo la neutralidad, dejando de lado a un miembro de la familia o entrando en una escalada simétrica). Al final de la sesión el terapeuta habitualmente hace una pausa para diseñar con el equipo el mensaje final o la tarea que se asignará a la familia para realizar en casa.

El equipo puede adoptar distintos roles y posiciones respecto al terapeuta y la familia. A veces, desde un rol de “expertos”, diseñan intervenciones o

mensajes terapéuticos que el terapeuta transmite a la familia. En estos casos no suele haber un contacto directo entre la familia y el equipo, que permanece siempre tras el espejo. Como veremos más adelante, el equipo puede apoyar la línea de intervención del terapeuta, o estratégicamente transmitir el dilema del cambio (Papp, 1994), mediante mensajes en los que el equipo se encuentra dividido (una parte del equipo apuesta por el cambio y la otra considera que éste es demasiado arriesgado o que la familia aún no está preparada para ello), o bien sitúan esta división entre el terapeuta, del lado del cambio, y el equipo, del lado del "no cambio" (*yo estoy convencido de que ustedes son capaces de llevar a cabo esta tarea, pero mis compañeros del equipo creen que ahora mismo es demasiado pronto para que ustedes empiecen a cambiar su forma habitual de relacionarse*). El equipo, al no tener el contacto directo con la familia, puede permitirse ser más desafiante que el terapeuta, señalar temas comprometidos y hacer el "trabajo sucio" (Beyebach, 1995b), mientras el terapeuta salvaguarda su alianza con la familia.

Hay otro tipo de relación familia-terapeuta-equipo que intenta minimizar las diferencias jerárquicas, maximizar la transparencia y establecer un contexto de trabajo colaborativo: las prácticas reflexivas o del "reflecting team" (Andersen, 1991; Garrido Fernández y Fdez.-Santos Ortiz, 1997). En este caso, todos o algunos miembros del equipo intercambian posiciones con la familia en algún momento de la entrevista para hablar entre ellos, en un clima de consideración positiva, acerca de sus observaciones o ideas sobre la familia. De esta forma el subsistema formado por la familia y el terapeuta principal observa y escucha la conversación entre los miembros del equipo. Posteriormente se vuelve a las posiciones originales, donde la familia comenta con el terapeuta lo que más le llamó la atención o resultó útil de esa conversación. Esto lleva a la práctica una idea del cambio como un proceso no directivo de colaboración e intercambio, en el que los profesionales aportan nuevas ideas y la familia escoge aquellas que le encajen mejor.

4. Destrezas para la conducción de la sesión

La formulación de hipótesis, circularidad y neutralidad (Selvini-Palazzoli et al., 1980) pueden considerarse las destrezas básicas para la conducción de la sesión desde el enfoque sistémico. Estas destrezas ayudan al terapeuta a

mantener una perspectiva panorámica del sistema y a explorar su funcionamiento, relacionándose con todos los miembros y el sistema en su conjunto desde una actitud de curiosidad y respeto.

4.1. Formulación de hipótesis

Las hipótesis son formulaciones provisionales acerca de la conexión entre síntoma y el sistema (Papp, 1994), es decir, entre el problema motivo de consulta y el sistema relacional en el que tiene lugar ese problema. Sirven como punto de partida para organizar la intervención desde el primer contacto con la familia o el derivante y durante todo el proceso terapéutico, al guiar al terapeuta en la exploración de determinados temas o dinámicas relacionales, estableciendo conexiones, formulando preguntas, diseñando intervenciones, etc. Las hipótesis en sí mismas no son verdaderas o falsas, sino más o menos útiles (Selvini-Palazzoli et al, 1980) y cumplen una doble función: ordenadora (sirven para guiar al terapeuta en los temas a tratar en terapia), y estimulante (ofrecen, primero al terapeuta y luego a la familia, nuevas perspectivas que abren nuevas posibilidades) (Schlippe y Sweitzer, 2002). El terapeuta no se aferra a sus hipótesis sino que las utiliza como guías o mapas provisionales que irá confirmando, rechazando o modificando a medida que avance el tratamiento o surja nueva información.

Mediante las hipótesis sistémicas formulamos una visión relacional o contextual de los problemas que abordamos en terapia; nos preguntamos cómo podemos explicar la existencia o mantenimiento del problema, teniendo en cuenta no tanto cuestiones individuales sino de las formas de relación y sistemas de creencias de los contextos relacionales significativos de los que forma parte la persona. En muchos casos las hipótesis abordan la posible función homeostática que cumple el síntoma (por ejemplo, un problema incapacitante en un joven adulto que impide su independización y por tanto mantiene unida a la familia) y así, nos ayudan a tener presente el “dilema del cambio” (Papp, 1994), anticipando los posibles “peligros” o amenazas que pueden surgir si el equilibrio actual se ve amenazado.

Maite y Daniel nos consultan por las alteraciones de conducta de Borja, su hijo menor de 17 años con hermanos de 22 y 19 años. El contacto inicial del equipo es vía telefónica con Daniel, quien nos cuenta que Borja ha sido

diagnosticado de hiperactivo y "desde siempre" se irrita con facilidad, rompe objetos en casa y es inmanejable. Daniel reconoce que él también pierde los estribos y nos pregunta si debería acudir a su vez a terapia porque "de adulto a adulto" no sabe cómo hacer frente a la situación y su mujer y él "cada día hablan menos". En el equipo empezamos a plantear que la familia se encuentra en una de las etapas más complicadas del ciclo vital, la de familias con hijos adolescentes. Como hipótesis inicial surgen varias ideas en torno al problema actual: dificultades de los padres para encontrar un espacio de negociación, entrada de más información desde el exterior, dificultades de los hermanos para diferenciarse... En la primera entrevista se ponen de manifiesto estas dificultades y explican cómo las conductas disfuncionales de Borja se reproducen también en cierta medida en sus hermanos. El equipo se plantea que están relacionadas con la dificultad de este sistema familiar para fomentar el crecimiento y autonomía de sus hijos, ya que ante la distancia emocional entre los cónyuges, la madre se enfoca en sus hijos como una forma de sobrellevar la soledad que siente por la ausencia del padre. Surgen en este contacto otras hipótesis que nos guiarán en el resto de la intervención familiar.

Las conexiones *síntoma-sistema* que plantean las hipótesis pueden ser muy variadas. Podemos formular hipótesis basadas en:

- El ciclo vital familiar (posibles dificultades que la familia tiene en superar esa etapa y pasar a la siguiente)
- La funcionalidad del síntoma en la familia, como una forma de evitar o provocar un cambio (p. ej., el problema de conducta de la hija contribuye a activar a la madre deprimida)
- La estructura familiar disfuncional (subsistema parental débil, coaliciones intergeneracionales)
- La posible existencia de "juegos" relacionales ocultos (ej.: la anorexia de la hija como una forma de protesta frente a la traición relacional del padre que le había hecho creer que era su prioridad)
- Los circuitos de interacción repetitivos o los intentos fallidos de solución que mantienen los problemas (¿cómo actúa cada miembro de la familia en torno al problema? ¿qué formas bienintencionadas de percibir o actuar frente al problema contribuyen a mantenerlo?)

- La repetición de cargas emocionales, roles o patrones relacionales de la familia de origen
- La conexión entre la aparición o empeoramiento del síntoma, o el momento en que se produce la consulta, con ciertos acontecimientos significativos en la familia o el sistema más amplio
- Las creencias o visiones de la realidad individuales, familiares o culturales que mantienen el problema y dificultan la puesta en marcha de alternativas (p. ej., los discursos y expectativas sociales referentes al rol de las mujeres y el cuerpo femenino que influyen en los miembros de la familia y "alimentan" la anorexia).

De todas estas posibles líneas de formulación de hipótesis, cada modelo de intervención presta atención preferente a algunas de ellas[3].

4.2. Circularidad. Preguntas circulares

El enfoque sistémico sustituye la causalidad lineal por la circular, y esto implica que no se atribuye el control o la causa del problema unilateralmente a una persona o circunstancia, sino que se describen las conductas o problemas en términos de interacciones recíprocas (A influye en B y éste a su vez influye en A), en las que se mantienen determinadas formas de actuar, relacionarse o percibir la realidad por la implicación de todos los participantes.

Ante el autoritarismo y rigidez del padre, la hija se vuelve más rebelde y contestataria, lo cual hace que el padre persista en sus intentos de "enderezarla", y que la hija se centre en llevar la contraria al padre. Cada cual atribuye al otro la culpa de su mala relación pero entre ambos mantienen vivo el circuito de retroalimentación. El terapeuta evita aliarse con uno u otro e intenta hacer visible la circularidad, enfocándose en el proceso de la interacción, más que en el contenido.

Este principio de circularidad aplicado a la conducción de la sesión consiste en "la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones (...) y las informaciones solicitadas en términos de relaciones, es decir, en términos de diferencia y cambio" (Selvini-Palazzoli et al, 1980, p. 9). Esto implica que el terapeuta está atento a las retroalimentaciones, es decir, a las respuestas verbales y no verbales del cliente ante sus comentarios o preguntas, y en función de ello va modificando

sus intervenciones. Además, guía la exploración del terapeuta, que busca sobre todo establecer *conexiones y diferencias* entre las acciones y percepciones de los distintos miembros de la familia, otras personas significativas implicadas, y el contexto en el que tiene lugar esta interacción.

Las *preguntas circulares* constituyen la principal herramienta terapéutica para trasladar la circularidad a la práctica del diálogo terapéutico. Son las preguntas que exploran la circularidad en el sistema y sirven no sólo para obtener información, sino que al mismo tiempo la generan, ya que cada pregunta contiene una afirmación implícita que puede modificar la forma habitual en que se ven las cosas en la familia (Schlippe y Sweitzer, 2002). Por ejemplo, cuando pregunto: "¿cuándo ha tenido más influencia en ti la depresión, cuando vivíais todos juntos o cuando vuestros hijos se marcharon de casa?", estoy proponiendo implícitamente una conexión entre la depresión y las circunstancias interpersonales. Las preguntas circulares exploran los problemas como *procesos* formados por acciones y comunicaciones de diversas personas: qué hacen, piensan o sienten los miembros del sistema y qué diferentes perspectivas y reacciones tiene cada uno acerca de los otros o de sus relaciones.

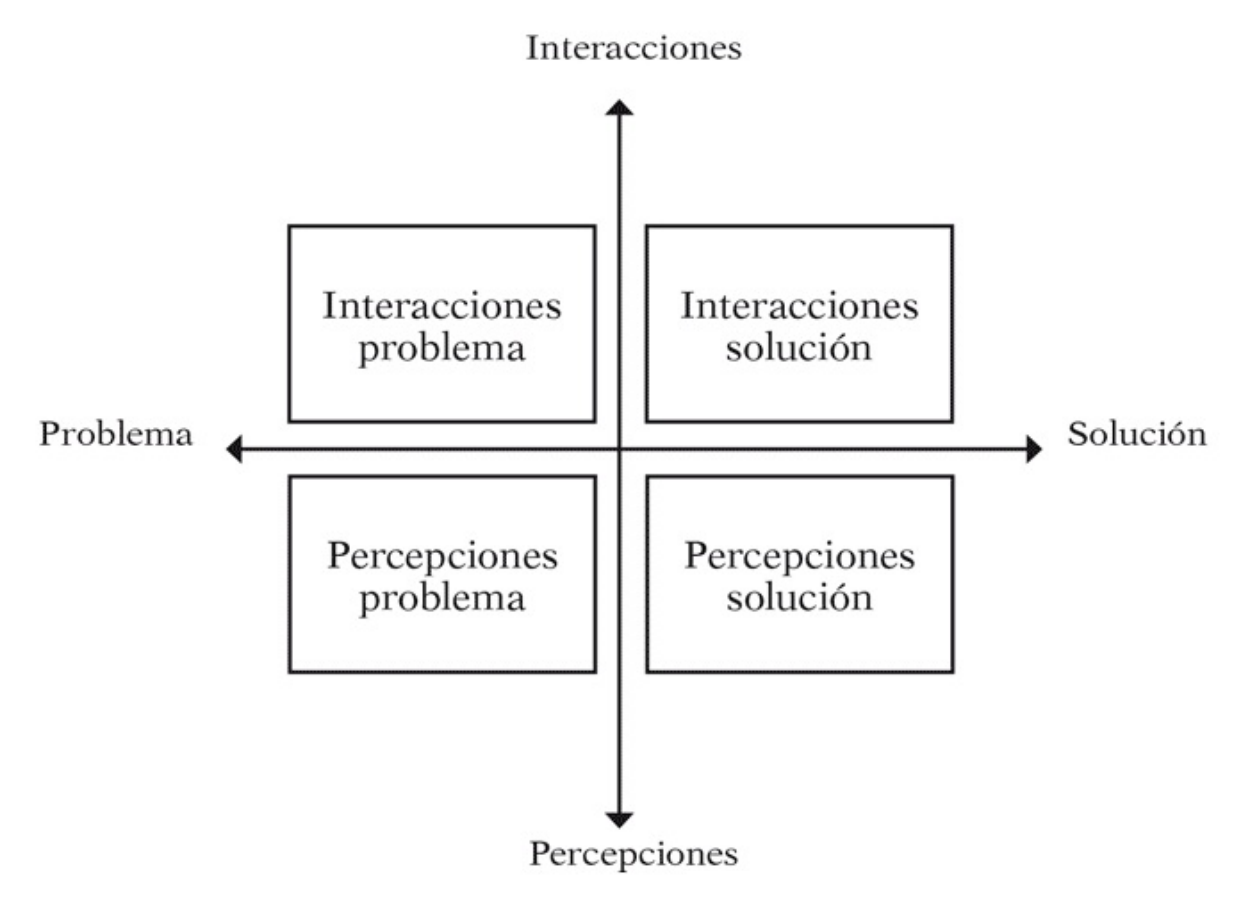
4.2.1. Tipos de preguntas circulares

Una de las clasificaciones más conocidas sobre los distintos tipos de preguntas es la de Karl Tomm (1987a; 1987b; 1988), que estableció una distinción inicial entre preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas en función de la intencionalidad del terapeuta de informarse o de influir en la familia y en función de la perspectiva lineal o circular de la causalidad. Así, las *preguntas lineales* o de causa-efecto son las que han servido tradicionalmente a los terapeutas para investigar o rastrear información acerca de los individuos y las causas por las que actúan de determinada forma (*quién hizo qué, dónde, cuándo y por qué*). Las *preguntas circulares* son los distintos tipos de preguntas que exploran los patrones de influencia recíproca entre personas, comportamientos, percepciones, ideas, sentimientos, acontecimientos, creencias, contextos, etc. Las *preguntas estratégicas* son las que contienen una sugerencia implícita de cambio, en la dirección que el terapeuta considera más apropiada para la familia ("¿qué sucedería si al descubrir que tu hija ha

vomitado de nuevo te sentaras con ella y le preguntaras cómo se siente en lugar de enfadarte y castigarla?”). Y por último, las *preguntas reflexivas* son las que invitan a reflexionar sobre las percepciones y comportamientos de cada miembro de la familia y a considerar nuevas opciones (“¿cómo podrías evitar que la bulimia se interponga en la relación con tu hija?”).

Describiremos a continuación diversos tipos de preguntas (que equivaldrían a las *circulares* y *reflexivas* de la clasificación de Karl Tomm) basándonos en las áreas que exploran. Por un lado, las preguntas pueden explorar el *territorio del problema* o la construcción de la realidad (Schlippe y Sweitzer, 2002), es decir, las interacciones y percepciones en torno al problema, y su evolución a lo largo del tiempo (“¿quién fue el primero en darse cuenta de que vuestra hija vomitaba?, ¿qué cambió en las relaciones en casa a partir de entonces?”). Complementariamente, pueden explorar el *territorio de las soluciones* o la construcción de la posibilidad: nuevas posibilidades de percepciones, sentimientos o conductas no problemáticos que se han producido en el presente o pasado, o que podrían ocurrir en el futuro (“¿qué áreas de la relación familiar no se han visto afectadas por la bulimia?, ¿qué capacidades de vuestra hija se harán más visibles cuando la bulimia desaparezca?”). En ambos casos, tanto en el territorio del problema como en el de las soluciones, preguntamos acerca de dos dimensiones básicas (Carr, 2000): *los patrones de interacción*, cómo actúa o se relaciona cada persona (“¿qué diferencia hay entre vuestra forma de intentar ayudar a vuestra hija?”) y *los significados* que tienen esas acciones o acontecimientos, es decir, la forma particular de cada persona de dar sentido a la realidad (“¿cómo explicáis cada uno este problema?”).

Áreas de exploración de las preguntas circulares



Preguntas sobre patrones de interacción

Al explorar el *territorio del problema* hacemos preguntas para averiguar detalladamente *en qué consiste el problema* (quién o quiénes lo sufren, cómo, dónde, cuándo o con quién se manifiesta, cómo y cuándo apareció); cuál es *la secuencia de interacción* o la "danza" en torno al problema: qué reacciones emocionales y conductas manifiesta cada miembro de la familia en torno al problema (¿quién se preocupa más por el problema?, ¿quién es el primero en darse cuenta, y cómo actúa?, ¿y luego, quién interviene?, ¿cómo reacciona entonces el paciente identificado?); cuáles han sido los *intentos de solución previos* (¿qué han intentado hacer hasta ahora para solucionar el problema, quiénes, y qué efecto ha tenido?); preguntamos por *la relevancia del problema para las relaciones* (¿qué cambió en las relaciones cuando apareció el problema?, ¿quién presta apoyo o se opone?, ¿qué cambiará cuando el problema desaparezca?, ¿qué otros motivos de preocupación podrían surgir entonces?) y por su posible *conexión con otros hechos significativos* (¿cómo cambió la relación entre hermanos a raíz del divorcio de los padres?). Cuando

externalizamos el problema (White y Epston, 1993) y lo ponemos fuera de la persona, exploramos la influencia que el problema ha tenido y tiene en la persona y en sus relaciones (¿qué ha quedado fuera de tu vida debido a la presencia de la depresión?, ¿cómo ha influido en tus relaciones?).

En el *territorio de la solución o el no-problema*, exploramos las *excepciones* al problema o *acontecimientos extraordinarios*, esto es, las ocasiones en que la secuencia de interacción alrededor del problema varió: el problema no ocurrió, se dio en menor medida, o su impacto negativo en la persona o en las relaciones fue menor (p. ej., ¿qué contribuyó a que en esa ocasión los celos no consiguiesen enfrentaros?; ¿qué hizo posible que pudieseis hablar de ello en lugar de enfadaros?). Las excepciones pueden explorarse *en el pasado, presente o en un futuro hipotético* (¿qué pasos anteriores habían dado que les permitieron superar el boicot de los celos?, ¿cómo pueden continuar en esta línea en el futuro?).

Preguntas sobre significados o construcciones de la realidad

El terapeuta sistémico explora con la familia su visión o interpretación de la realidad (y del problema por el que consultan) y con sus preguntas intenta abrir nuevas posibilidades. Al explorar el *territorio del problema*, pregunta acerca de las *explicaciones en torno al problema* (¿cómo explica cada miembro de la familia el inicio de consumo de porros del hijo?, ¿qué significa este hecho para cada uno de ellos?, ¿a qué creen que se debe?), y en general, a lo largo de la entrevista, pregunta acerca de las *distintas perspectivas* o percepciones de unos miembros acerca del comportamiento, sentimientos, intenciones, etc., de otros (¿qué puede estar intentando transmitiros vuestro hijo con su conducta?, ¿cómo crees que se sienten tus padres ante esta situación?, ¿en qué formas suyas de actuar percibes su preocupación hacia ti?). Los significados o percepciones de la realidad que exploramos van más allá de la familia, y abarcan también *los valores culturales dominantes* (esta forma de repartiros los roles en la pareja, ¿la inventasteis vosotros?, ¿de dónde creéis que viene?, ¿quién en vuestro entorno lo apoya?).

En el *territorio de la solución* hacemos preguntas para explorar la *motivación, confianza o competencia* para resolver el problema (de 0 a 10, ¿cuánta confianza tenéis en vuestra capacidad como familia de salir adelante en

tiempos de crisis?); exploramos los *recursos (*¿qué cualidades, capacidades o destrezas poseen individualmente o como familia para luchar contra el problema?). Asimismo, conectamos las excepciones o acontecimientos extraordinarios con las *cualidades, los valores, deseos o prioridades de la persona* (¿qué cualidad de vuestro hijo le ha ayudado a derrotar a los miedos y ser capaz de dormir él solo?, ¿qué indica esto de cómo es él como persona, y qué cosas son importantes para él?) y abrimos nuevas posibilidades mediante *preguntas hipotéticas o futuras* (Penn, 1985) basadas en esa nueva percepción (¿qué otras cosas pensáis que será capaz vuestro hijo de superar en el futuro?).

Al explorar todas las áreas señaladas anteriormente buscamos establecer *comparaciones, conexiones y distinciones* (entre personas, entre pasado, presente y futuro, entre los momentos en que se da o no se da el problema, entre diferentes visiones de la realidad, entre las conductas y su significado, etc.) de forma que construimos conjuntamente con la familia esta visión circular y contextual del problema. Además de dirigir las preguntas a cada miembro de la familia por turnos, es característico del terapeuta sistémico formular preguntas que impliquen a varios miembros de la familia. En las *preguntas triádicas*, que implican “cotillear” en presencia de un tercero, se pregunta a una persona acerca de otra (¿qué crees que significa para tu hermana el hecho de que hayas accedido a venir a esta sesión?) o acerca de la relación entre otras dos (¿cómo ves últimamente la relación entre tu marido y vuestro hijo?). También se hacen preguntas de *clasificación* (si vuestro hijo es el que peor genio tiene en la familia, ¿quién sería el siguiente?, ¿y después?) o *comparación* (¿en qué se diferencian los conceptos de disciplina del padre y de la madre?).

4.3. Neutralidad

La tercera destreza sistémica para la conducción de la entrevista es la neutralidad, entendida como la postura del terapeuta al relacionarse y vincularse con el sistema familiar en su conjunto. En su planteamiento original, concebido en los años 70 en un contexto de cibernética de primer orden o del sistema observado, neutralidad implicaba no tomar partido con respecto a las personas ni dejarse “enganchar” en los patrones relacionales o conflictos del sistema, manteniéndose a una equidistancia que facilitase al

terapeuta enfocarse en lo que ocurre *entre* los miembros del sistema. Implicaba una separación entre observador y observado desde la que era posible para el terapeuta ponerse en un nivel “meta” respecto de sus clientes. Si el terapeuta se mantenía neutral, la familia después de la entrevista no sería capaz de decir si había tomado partido por uno u otro miembro. Posteriormente, desde la cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes (von Foerster, 1982), el observador ya no podía mantenerse al margen del sistema observado, del que acababa formando parte. Por tanto, el terapeuta observa la parte que él mismo juega en la interacción, tiene en cuenta que todo lo que haga o diga va a tener un impacto, y pone en suspenso sus propios pre-juicios o ideas, teorías o modelos previos, para no imponerlos a la familia. Neutralidad no significa no tener ninguna opinión, sino poder reconocerla y cuestionarla; ni significa distanciamiento: el terapeuta puede y debe estar comprometido en una relación cálida y empática con los clientes, y quizá implicarse más con uno u otro miembro de la familia temporalmente, si eso es necesario, sin perder de vista el sistema en conjunto.

Schlippe y Sweitzer (2002) distinguen tres tipos de neutralidad. En primer lugar está la *neutralidad respecto a las personas*, que implica tomar partido por todos los miembros de la familia por igual, sin establecer una relación privilegiada con ninguno. En segundo lugar, la *neutralidad respecto a los problemas o síntomas*: el terapeuta mantiene una “respetuosa actitud ambivalente” ante los problemas y ante el dilema del cambio (Papp, 1994): reconoce el sufrimiento que causan pero también su posible utilidad para la conservación del sistema, y no apuesta por el cambio más que la propia familia. Y por último, la *neutralidad respecto a las ideas*: no mantiene que una determinada explicación del problema, propuesta de solución, valoración u opinión sea la correcta, ya que la idea de haber encontrado la explicación correcta destruye toda curiosidad por conocer otras descripciones posibles y contribuye al estancamiento del terapeuta y la familia. Para mantener esta neutralidad, el terapeuta se apoya en una actitud de *curiosidad* (Cecchin, 1987) que le lleva a plantearse siempre nuevas preguntas e hipótesis, e incluso va más allá y se convierte en *irreverencia* (Cecchin et al, 2002) para cuestionar las certidumbres demasiado inmóviles de las propias teorías y modelos, y

debilitar asimismo los patrones y relatos que constriñen a las familias.

5. Destrezas de intervención

Las emociones, las conductas y las construcciones de la realidad son las tres dimensiones sobre las que intervenimos en terapia. Los distintos modelos e intervenciones sistémicos abordan preferentemente una u otra dimensión, aunque cualquier avance significativo en una de ellas implicará un cambio en las otras dos: *emociones* (cómo se sienten los clientes o la familia frente al problema, consigo mismos, en relación a otros o a ciertas experiencias); *formas percibir la realidad* (cómo interpretan el problema o el comportamiento de otros miembros de la familia, cuáles son sus creencias), y su *forma de actuar y relacionarse* (qué nuevos pasos son capaces de dar para superar el problema o romper las pautas de interacción habituales). Los terapeutas sistémicos, por tanto, necesitan desarrollar dentro de su estilo personal estos tres tipos de destrezas, emocionales, cognitivas y pragmáticas (Ceberio y Linares, 2005; Linares, 2012): utilizar sus afectos para explorar e influir sobre los de la familia, explorar la narrativa y creencias familiares introduciendo nuevas perspectivas, y diseñar creativamente propuestas de acción que movilicen al cliente o familia hacia el cambio.

5.1. Intervenciones emocionales

La teoría y los textos de terapia familiar sistémica se han centrado mucho más en describir las intervenciones cognitivas y pragmáticas que en abordar explícitamente el trabajo con las emociones. Sin embargo, es evidente que la terapia se realiza trabajando con las emociones, y no sólo con las del cliente o familia, sino con las del terapeuta, que le sirven como guía en el proceso terapéutico para ir ajustando su estilo de comunicación o relación con la familia.

Atender a las emociones expresadas en el lenguaje no verbal

Gran parte de la comunicación humana ocurre a nivel no verbal, y es precisamente ahí donde se expresan más los aspectos referentes a las emociones y a la relación. Así, el terapeuta necesita conectar con las emociones que expresa o que evoca cada persona en relación a él o a otros miembros de la familia: escucha las palabras clave con las que esa persona describe sus emociones (angustiada, impotente, fracasada, con esperanza,

desilusionada, etc.) y sobre todo, observa su lenguaje no verbal: la postura física, volumen y tono de voz, expresión facial, movimientos, gestos (por ejemplo, la respiración contenida y el rostro paralizado al recordar un suceso traumático; el cónyuge que titubea o evita mirar al otro a los ojos cuando le pregunta si le quiere). El terapeuta asimismo comprueba la congruencia o discrepancia entre la comunicación verbal y no verbal (los padres dicen que están dispuestos a hacer la tarea para casa, pero sus brazos cruzados y el tono de voz frío indican lo contrario); o cómo va cambiando esa conducta no verbal a lo largo de la entrevista o de las sesiones (nos damos cuenta de que en las últimas sesiones la madre ya no se sienta en el borde de la silla con el bolso encima, como dispuesta a salir corriendo).

El clima emocional de la sesión

El terapeuta no sólo capta el clima emocional de la familia, sino que utiliza determinadas estrategias comunicativas o terapéuticas para modularlo o transformarlo, en función del momento del proceso terapéutico. Esto incluye a veces mostrar explícitamente sus emociones, por ejemplo, la alegría por los cambios conseguidos, el desconcierto ante mensajes confusos, la indignación ante una injusticia sufrida por la familia. El terapeuta puede intentar rebajar el clima de crispación y reactividad emocional entre una pareja hablando por turnos con cada uno de ellos e impidiendo que hablen entre sí, y utilizando un tono de voz calmado. Al dar una tarea a la familia, quizá prefiere crear un clima de expectación o sorpresa (“el equipo va a diseñar una tarea especial para vosotros, pero antes quiere saber si estáis dispuestos a asumir este reto”), o por el contrario, darle la solemnidad de un compromiso que se marca con un apretón de manos o un documento escrito que recoge los cambios a realizar por cada miembro de la familia. Cuando se trabaja con niños o se utilizan tareas o elementos simbólicos, se suele crear un clima lúdico. Otras veces el terapeuta utiliza el sentido del humor, o fomenta la ilusión y motivación por el cambio, el espíritu de aventura para explorar terrenos poco conocidos, o la conexión emocional más profunda para hablar de deseos, necesidades y deudas pendientes entre los miembros de la familia.

La escultura familiar y otras técnicas psicodramáticas

Todas las intervenciones que trabajan con el cuerpo, el movimiento o canales

no verbales (dibujo, juego, etc.) son particularmente adecuadas para evocar emociones. Una técnica muy utilizada en terapia sistémica es la escultura familiar (Población y López-Barberá, 1991), mediante la que se representan espacialmente, de forma metafórica, los vínculos entre los miembros de la pareja o familia. Uno de los miembros de la familia, o todos ellos por turnos, hacen de "escultores" modelando la postura corporal, gestos, etc. de cada persona, y reflejando así implícitamente la proximidad emocional, la jerarquía y el tipo de vínculos. Todo esto se hace en silencio, y al final de la escultura cada persona comenta brevemente, desde su posición, cómo se siente. Hay muchas variaciones de la escultura: la real, la pasada, la futura, la ideal, etc. Para enfocarse en lo vivencial el terapeuta también puede utilizar técnicas psicodramáticas como el diálogo con la silla vacía (que representa una persona ausente), o el cambio de roles, que permite conectar "aquí y ahora" con las emociones de otro miembro de la familia.

5.2. Intervenciones cognitivas

Cualquier terapia implica un cambio en la "narrativa", es decir, en la forma en que la persona o la familia dan sentido a su historia y a su situación actual, incluyendo su visión sobre el problema por el que consultan. "Dado que estas narrativas organizan, mantienen, sostienen y justifican los problemas (conflictos o síntomas), cualquier cambio importante en las historias dominantes afectará la manera en que se conciben, se perciben, describen, explican, juzgan y representan los problemas" (Sluzki, 1995, p. 56). A través de la conversación terapéutica se construye una historia diferente que, en lugar de tener como corolario o conclusión forzosa el mantenimiento de las conductas o interacciones problemáticas, abre a la familia nuevas posibilidades de percibir, sentir o actuar, que proporcionan acceso a nuevas soluciones.

Explorar las dimensiones problemáticas de la narrativa

Éstas son las dimensiones de la narrativa familiar (Sluzki, 1995) que explora el terapeuta: el *tiempo* (¿cuándo empezó el problema y cómo ha variado (o no) a lo largo del tiempo? ¿cómo se percibe el futuro?); el *espacio* (¿en qué contextos o circunstancias se da con mayor o menor intensidad el problema?); la *dimensión causal* (¿se tienen en cuenta los circuitos de interacción circulares

o se puntúan las secuencias atribuyendo a algo o alguien la causa de los problemas?); la *interacción* (¿los problemas residen *en* los individuos, o se generan *entre* los individuos, en la interacción?, ¿qué pautas o reglas relacionales los mantienen?); los *valores* de la historia (¿qué intencionalidad se atribuye a cada persona?, ¿y qué efecto tienen esas acciones?; ¿quién es el bueno/ malo, sano/enfermo?), y la *forma de relatar* la historia (¿las personas se ven como agentes activos o víctimas pasivas de su historia?, ¿qué rol ejercen en relación al problema o a su solución?, ¿qué grado de competencia tienen para resolverlo?). Se trata de co-construir con la familia una visión de su realidad en la que se vean como más responsables, más competentes y con recursos, con buenas intenciones (connotación positiva), conectados entre sí y con el contexto, en proceso de evolución y cambio, y en relaciones ecuánimes y éticas, de crecimiento mutuo (Sluzki, 1995). El terapeuta sistémico explora y modifica estas dimensiones de la narrativa a través de las *preguntas circulares* y de las intervenciones cognitivas que se describen a continuación:

Explorar la historia y los discursos sociales que mantienen el problema

Las intervenciones sobre la construcción de la realidad de la familia pueden tener como objetivo ofrecer un marco que va más allá de las circunstancias y contextos interpersonales presentes (Carr, 2000). Para ello se trabaja muy frecuentemente con el *genograma*, que amplía esa visión de la realidad incluyendo los acontecimientos importantes, pautas de relación, mitos familiares, etc. de la historia familiar a lo largo de varias generaciones. Así, el contexto histórico significativo de una persona puede comenzar con el hecho de que le pusieron el nombre de un hermano que murió al nacer, o tener en cuenta que es la única mujer lesbiana en la familia, o que su alcoholismo forma parte de una larga tradición de problemas de adicciones en ambas familias de origen.

Otra forma de contextualizar el problema más allá de las personas o circunstancias actuales, es lo que en terapia narrativa se llama *deconstrucción* (Freedman y Combs, 1996), que consiste en rastrear y hacer visible el origen social o cultural de determinadas creencias o prácticas que mantienen el problema, explorando los “discursos oficiales” que contribuyen a él (¿de dónde viene esta idea de cómo debe ser una buena madre /hija/ padre, etc.?;

¿Crees que el dilema de cuánto dejar de lado sus propios proyectos por acomodarse a los de su pareja, lo viven más las mujeres o los hombres? ¿Y por qué crees que es así? ¿A qué intereses crees que sirve esta idea/problema? ¿Quiénes crees que estarían a favor o en contra?).

Metáforas

En terapia se utilizan con mucha frecuencia elementos simbólicos y metafóricos, de forma que ciertas imágenes, historias u objetos evocan determinados significados y permiten enriquecerlos, abordarlos indirectamente, y facilitar el cambio. Por ejemplo, podemos utilizar metáforas para hablar sobre el proceso terapéutico que incluyan elementos simbólicos significativos para la persona, como un viaje de exploración de nuevos territorios; una subida a una montaña para la que revisamos el contenido de la mochila; un "guiso" al que vamos añadiendo nuevos ingredientes, etc. Siguiendo la descripción de Beyebach (1995a) presentamos brevemente distintos tipos de metáforas.

En primer lugar está el uso por parte del terapeuta de historias o anécdotas que implican personajes reales o de ficción que se enfrentan a problemas similares a los de la familia y que proponen indirectamente alternativas de solución. Así, podemos elaborar una historia para la familia, leérsela en sesión, dársela por escrito, pedirles que le añadan un final o distintos finales, darles como tarea ver y comentar una película, construir entre todos una historia... También podemos caracterizar y "dar vida" al problema como un ente o personaje externo a la persona (externalización), por ejemplo, la "nube negra" de la depresión o el "monstruo de los dolores" de la fibromialgia. O bien podemos echar mano de pequeñas analogías para subrayar algo o recordarlo de forma más intuitiva, como el "piloto automático" que se pone en marcha y nos lleva a reaccionar de forma estereotipada, o la "alarma" que se enciende ante ciertas situaciones amenazantes.

En una familia preocupada ante la inminente operación de la madre de un tumor cerebral, y en la que los hijos presentaban problemas de conducta, se utilizó la metáfora de "una casa donde uno de los pilares, que hasta ahora había aguantado tormentas y lluvias torrenciales, se estaba agrietando y tenía que ser reforzado para poder seguir manteniendo la casa firme y que resistiera

de nuevo el paso del tiempo”.

Las metáforas también pueden servir también como vehículo de las intervenciones terapéuticas. Por ejemplo, en terapia narrativa la metáfora del “árbol de la vida” (Denborough, 2008) sirve para trabajar con personas o grupos en una revisión de su narrativa. Las raíces representan los orígenes de la persona, la tierra es la situación de vida presente, el tronco representa aquello a lo que la persona da valor, las ramas son las esperanzas, sueños y deseos, las hojas son las personas significativas importantes, los frutos son los legados que hemos recibido, y las flores o semillas, lo que deseamos traspasar a otros. Por otro lado, el enfoque estratégico diseña también tareas basadas en analogías o metáforas que, al abordar el problema indirectamente, generan menores resistencias. Haley (1980) relata el caso de una madre que, incapaz de controlar la conducta de su hijo preadolescente, pensaba enviarlo a un campamento militar. El terapeuta aprovechó esta idea de la madre para proponerle que debía empezar ya a preparar a su hijo para la dura disciplina del campamento: ella sería el sargento que instruiría al soldado a levantarse a golpe de silbato, seguir un horario, hacer su cama, etc.

Reencuadres o redefiniciones

Reencuadrar significa cambiar el marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación; al modificar el punto de observación y el significado atribuido a la situación, cambiamos o recodificamos la realidad (Nardone y Watzlawick, 1995). La técnica del reencuadre es una de las más utilizadas en terapia sistémica; al proponer el terapeuta nuevas interpretaciones de determinadas conductas o situaciones, se abren nuevas posibilidades de actuación para la familia. Las redefiniciones o reencuadres no son, en sí mismos, verdaderos o correctos, sino más o menos útiles (Beyebach, 2006).

Las redefiniciones intentan cuestionar las visiones demasiado negativas, rígidas o estereotipadas de los problemas, sustituyéndolas por otras más benévolas, por ejemplo, transformando la conducta controladora en muestras de preocupación, la sobreimplicación en exceso de amor, la hiperactividad en vitalidad, etc. A veces las redefiniciones proponen una visión contextual y normalizadora de los problemas, ligándolos a determinados momentos de cambio en el ciclo vital (“los reclamos de vuestra hija de mayor independencia

son la muestra de que como familia estáis entrando de lleno en la etapa de la adolescencia. ¡Bienvenidos!”). A veces, de una forma provocadora, se proponen significados alternativos incompatibles con la visión de los clientes (Beyebach, 2006) (a un hijo que se niega a hablar: “tu silencio en sesión es una muestra de tu confianza total en que tus padres van a exponer las cosas tal como son”).

El tipo de redefinición más característico de la terapia sistémica es la llamada *connotación positiva*, que alude a la funcionalidad del síntoma para el sistema, resaltando su intencionalidad positiva. Lo que se connota positivamente no es el problema en sí (las peleas, la mala conducta, la anorexia, etc.), sino la función protectora o benéfica que puede tener para la familia (como una forma de mantenerse unidos, de proteger(se) de otros problemas más graves, de mostrar lealtad, etc.). Esto responde a una lectura sistémica de los problemas, en la que se parte de la idea de que todas las conductas tienen sentido si se conoce el contexto en el que ocurren, tienen un significado lógico para la coherencia del sistema total, y cada aparente desventaja de una parte del sistema se revela como posible ventaja en otra parte (Papp, 1994; Schlippe y Sweitzer, 2003).

Samuel es el mayor de dos hermanos de 10 y 7 años; sus papás se divorciaron hace un año y papá se fue a vivir a casa de los abuelos paternos. Desde entonces Samuel tiene muchas rabietas y sólo puede calmarse con papá en casa, lo que hace que éste pase muchas horas en el hogar familiar y que los padres compartan más momentos juntos a la hora de bañar a los hijos o darles la cena. El terapeuta connota positivamente la conducta de Samuel: “Samuel es un niño muy cariñoso y quiere muchísimo a sus papás y a su hermano. Aunque podría estar tan feliz y tranquilo jugando, como cualquier niño, sufre teniendo las rabietas porque son su forma de mostrar su amor y deseo de unión de su familia. Por su parte los padres, temerosos de que, al haberse divorciado, sus hijos ya no se sientan queridos, aceptan gustosos esta forma de seguir como antes, renunciando a continuar adelante con sus vidas”.

Abrir nuevas perspectivas. Mensajes del equipo

Junto con las preguntas y mensajes que el terapeuta plantea durante la entrevista, es frecuente elaborar un mensaje al final de la sesión para subrayar

el trabajo realizado o introducir nuevos elementos en la narrativa. Cuando se cuenta con el equipo, el terapeuta habitualmente hace una pausa hacia el final de la sesión, acude a la sala de observación detrás del espejo para consultar con sus compañeros, y vuelve pasado un rato a darle el mensaje a la familia. Esto crea una expectación en la familia y da mayor intensidad al mensaje, elaborado específicamente para ellos tras el debate del equipo. Si el terapeuta trabaja solo, puede hacer una pausa y salir de la sala de terapia para "consultar consigo mismo" antes de transmitir el mensaje final. O también, terapeuta o equipo pueden hacer llegar a la familia una carta terapéutica. Estos mensajes finales, en sus diferentes formatos, constituyen una de las intervenciones más características de la terapia sistémica. Y a veces, como veremos en la siguiente sección, van seguidos de la prescripción de tareas para casa.

Los mensajes del equipo suelen ofrecer en primer lugar un reconocimiento de cada miembro de la familia y una valoración positiva de su presencia y participación en la terapia. En muchas ocasiones aportan una *redefinición o connotación positiva* del problema ("tu fracaso es tu forma de seguir protegiendo a tu hermano y no despertar su envidia; si llegases a ser mejor que él, quizá se cuestionaría tu lealtad a la familia").

A veces se prescribe la continuidad de la situación actual, en los *mensajes paradójicos*, cuando se considera que en ese momento prevalece la fuerza de la estabilidad familiar. Peggy Papp (1994, p. 49) relata un caso en el que

Se hipotetizó que la conducta transgresora del hijo adolescente contribuía a mantenerle unido a la madre, en un momento en que ésta se resentía de la falta de implicación de su marido. El terapeuta le dijo a la familia que en ese momento parecía necesario que el hijo mantuviera su mala conducta porque éste era su modo de atraer al padre a la casa y a la compañía de la madre. La madre no quería volverse una mujer quejosa con su marido, y éste quizá no era tan sensible como el hijo para captar los estados emocionales de su mujer. Al no poder resolver los padres su problema de relación conyugal, parecía necesario que lo siguiera haciendo el hijo, por medio de su conducta transgresora.

Cuando se utiliza la técnica del *equipo dividido o coro griego* (Papp, 1994), se dan mensajes que contraponen las posturas a favor o en contra del cambio

por parte de distintos miembros del equipo y/o el terapeuta. Se muestra así implícitamente a la familia el dilema del cambio, esto es, qué posibilidades se abrirían si la familia decidiese cambiar, pero también, la función positiva que cumple el problema actual y las posibles consecuencias negativas que cada persona debería afrontar si optan por el cambio.

Carmen y Manolo, casados desde hace 30 años, han conseguido en la terapia manejar mejor sus conflictos y estar más unidos, pero ahora permanecen atascados: la mujer anclada en la queja y las reclamaciones hacia su marido por todo lo que hizo mal en el pasado, y éste intentando justificarse. "El equipo valora vuestra decisión de atreveros a acudir a terapia después de tantos años de matrimonio y los cambios que ya habéis conseguido. Una parte del equipo considera que todas estas quejas y justificaciones indican que miráis al pasado porque os asusta mirar al futuro; quizá ya hemos ido demasiado lejos y no conviene proponer más cambios ni seguir cuestionando vuestra forma de relación que tiene una historia tan larga. Otra parte del equipo, sin embargo, considera que los reclamos interminables de Carmen y la tolerancia de Manolo para intentar comprenderlos son vuestra manera de mantener viva en la relación la necesidad de seguir avanzando, aunque ahora mismo no sepáis cómo, e indican que ya es hora de experimentar algo nuevo".

La técnica del *equipo reflexivo* (Andersen, 1991) también aporta a la familia una multiplicidad de puntos de vista por parte del equipo, aunque en este caso las reflexiones de los miembros del equipo no se presentan como alternativas (esto… o lo otro), sino como posibilidades que se suman (esto… y quizá también lo otro).

Por último, las *cartas* (Linares y Pubill, 2005; White y Epston, 1993) pueden servir también para transmitir mensajes de apoyo a la familia, felicitación por los logros conseguidos, impulso para emprender nuevos cambios, resaltar determinados contenidos tratados en sesión, etc. En ocasiones van dirigidas a los miembros ausentes, para hacerles partícipe del avance de la terapia o intentar implicarlos mediante un mensaje estratégico:

En una familia con cuatro hermanos varones, dos de los cuales llevan 5 y 14 años respectivamente sin salir de su habitación, conseguimos que el hermano que llevaba 14 años aislado, otro de los hermanos y los padres vinieran a

terapia. En un momento del proceso, escribimos una carta al hermano que llevaba 5 años encerrado exponiéndole que no le responsabilizábamos por no acudir a terapia sino que entendíamos que ahora que el otro estaba haciendo avances, él se sacrificara por el sistema familiar otros años más; ¡su hermano todavía le ganaba en 9 años!

Explorar y ampliar la historia alternativa

El terapeuta sistémico no sólo interviene sobre las construcciones de la realidad que mantienen los problemas, sino que observa, subraya y potencia todos aquellos aspectos de la persona o familia que apuntan en la dirección del cambio. De hecho, algunos modelos como la terapia centrada en soluciones y la terapia narrativa consideran que éste es su foco principal de intervención.

El terapeuta detecta y amplifica las *excepciones*, es decir, aquellos momentos en que el problema no se dio o surgió con menor intensidad ("ustedes dicen que no se entienden, pero hoy en sesión han estado muy atentos a escucharse el uno al otro"), atribuye esos logros a la iniciativa y capacidad de la familia, y subraya y elogia sus fortalezas ("si ésta es la tercera terapia que inician, eso muestra su voluntad de encontrar ayuda y no dejarse vencer por el problema"). Cuando detecta un acontecimiento que se "sale del guión" de la historia problemática ("en lugar de dejarte dominar por el miedo al rechazo, llamaste a la chica que te gusta para invitarla a salir"), se pregunta por su significado ("¿qué dice esto de ti y de lo que quieres ahora para tu vida?, ¿cómo llamaríamos a este nuevo paso que has dado?") y sus implicaciones para el futuro ("¿a dónde te puede llevar este camino?; ¿qué otras posibilidades se abren a partir de ahora?").

Los pasos emprendidos hacia la solución del problema o la creación de una "narrativa alternativa" pueden afianzarse mediante *cartas o documentos terapéuticos* que describen o documentan las habilidades, conocimientos, valores y preferencias de la persona, a partir de la propia experiencia de ésta y de las aportaciones de quienes la conocen mejor o han sido testigos de su trayectoria. Así, White y Epston (1993) fueron pioneros en el uso de "contradocumentos" o certificados que señalan a la persona como una experta en combatir el problema y posible consultora para otras que puedan sufrir problemas similares. ("Se otorga a Miguel el certificado de domador de

monstruos por su determinación a la hora de impedir que los miedos dominen su vida. Su entusiasmo, sensibilidad y sentido del humor son sus mejores habilidades, que está dispuesto a compartir con quienes se vean afectados por este problema”). Estos documentos escritos y compartidos públicamente con quienes la persona desee, son una forma de afianzar la nueva construcción de identidad. Asimismo, se reclutan “nuevas audiencias” a través de las conversaciones con testigos externos (White, 2007), siguiendo una línea similar a la del equipo reflexivo: cada persona invitada a escuchar la conversación del terapeuta con el cliente habla de lo que le llamó la atención, las imágenes que evoca en ella el relato escuchado, por qué determinados aspectos fueron más significativos para ella, y cómo la “mueve” el hecho de participar en ese relato. Se puede implicar también a personas que apoyen los cambios (por ejemplo, la salida de una larga situación de duelo, los efectos de la depresión o la anorexia, etc.) a través de las “campañas de cartas” (Madigan, 2011), en las que se pide a personas significativas que escriban cartas en las que hablen de su relación con la persona, lo que significa para ellas, y los deseos que tienen para su futuro.

5.3. Intervenciones conductuales o pragmáticas

Cualquier avance significativo en terapia implica cambios en el comportamiento o estilo de relación del cliente. Esto puede ser el resultado de un cambio previo a nivel emocional o en la forma de percibir la realidad (p.ej., si el padre deja de comparar negativamente a su hijo con los hijos más dóciles de sus amigos y ya no le ve como descontrolado, sino alguien con una “mente creativa en constante ebullición”, puede entonces cambiar su actitud y forma de relación, ser más benevolente y buscar otras formas creativas de conectar con él). También se puede producir un cambio en las pautas de interacción o relación cuando las intervenciones terapéuticas se dirigen específicamente a modificarlas, ya sea en sesión o fuera de la sesión.

Intervenir sobre las interacciones en sesión

Las parejas y familias que acuden a terapia van a acabar reproduciendo en sesión su estilo habitual de relación: quién lleva la voz cantante, quién se pone a la defensiva, qué temas crean crispación o intensidad emocional, quién interviene como pacificador, etc. El terapeuta sistémico tiene entonces una

oportunidad privilegiada para observar y modificar *in situ* esas interacciones, tal como hace típicamente el modelo de terapia estructural: cambia de sitio a los miembros de la familia, les divide por subsistemas (los padres hablan entre sí mientras que los hijos completan un dibujo, p.ej.), e interviene activamente dirigiendo el flujo de la conversación. Es un trabajo con el aquí y ahora de la interacción; en lugar de hablar de cómo son las relaciones o lo que pasa fuera de la consulta, el terapeuta crea directamente en la sesión nuevas experiencias de relación para la familia.

En la *escenificación o enactment* el terapeuta propone alternativas de interacción que van más allá de las pautas habituales: apoya a los padres hasta que sean capaces de ponerse de acuerdo en ciertos límites que luego transmiten a sus hijos, "empuja" a un cónyuge a mostrar su enfado abiertamente con el otro en lugar de responderle con evasivas, etc. Estas nuevas interacciones pueden ser también *ensayos para tareas*, como cuando se practican determinadas habilidades de comunicación o de resolución de conflictos que luego se van a practicar en casa: cada cónyuge, por turnos, escucha al otro durante 10 minutos y luego resume lo que ha entendido; o la familia practica una sesión de lluvia de ideas o *brainstorming* para encontrar alternativas a un problema. También, determinadas tareas estructuradas que se realizan en sesión pueden servir para hacer una *evaluación familiar*, como cuando se pide a la familia que organicen una actividad para el fin de semana o hagan entre todos un dibujo de la familia.

Intervenir sobre las interacciones fuera de la sesión. Tareas para casa

Es frecuente que las sesiones de terapia sistémica y el mensaje final del terapeuta o equipo concluyan con una tarea para casa. Se da así continuidad al trabajo realizado en sesión y se provee a la persona, pareja o familia de la oportunidad de ensayar nuevas interacciones que rompan el circuito problemático habitual.

Las tareas iniciales en terapia pueden consistir en *observar o reflexionar* sobre algo y escribirlo. Por ejemplo, se puede pedir a una pareja que hasta la próxima sesión observen lo que funciona o no funciona en su relación y tomen nota de ello. O para unos padres muy críticos con su hija, la tarea consiste en llevar un registro de situaciones en que la "han pillado" haciendo algo que

consideran positivo o que vaya en la dirección del cambio. También se pueden asignar tareas para realizar por escrito que ayuden a reflexionar sobre la situación actual o los pasos en dirección al cambio, por ejemplo, escribir los valores o prioridades sobre los que uno desea trabajar como parte de su proyecto vital individual, de pareja o familia, para después concretar planes de acción para cada una de las áreas.

Las tareas más frecuentes son las que consisten en *probar algo nuevo*, poniendo en práctica nuevas interacciones que desbloquean los circuitos problemáticos que mantienen el problema[4]. Por ejemplo, a alguien que tiene miedo a hablar en público o quedarse en blanco, y a que los demás se lo noten (y que por eso precisamente se bloquea aún más), se le pide que anuncie abiertamente al comienzo de su intervención que es probable que su nerviosismo le juegue alguna mala pasada. O a un padre sobreimplicado con un hijo, se le da un "merecido descanso" de forma que deje espacio para que el cónyuge más desvinculado tenga la oportunidad de acercarse al hijo y quizá probar sus propios métodos. También, en el trabajo de coaching hacia una mayor diferenciación, el terapeuta prepara estratégicamente con la persona cada nuevo pequeño o gran paso a dar en la relación con la familia de origen: hablar por teléfono directamente con el padre, en lugar de comunicarse a través de la madre; empezar a hablar de sus propias inseguridades cuando su hermana angustiada acuda una vez más a ella buscando apoyo, etc.

Algunas tareas consisten en *hacer* "*como si*" sigue ocurriendo o ha desaparecido el problema, y eso permite moverse en un terreno más simbólico o lúdico, superando algunas de las resistencias al cambio. Hacer *"como si" ocurre un problema* ayuda a reconocer los esquemas de interacción que se han generado en torno al síntoma y precisamente por ello, se deja de estar sometido a ellos. Madanes (1982) utiliza mucho estos elementos simbólicos al trabajar con familias con niños, por ejemplo, cuando en una familia en que los hijos se responsabilizaban en exceso por proteger a la madre, se pide a ésta que en ciertas ocasiones haga como si está deprimida, y los hijos organicen un equipo para cuidarla. También se utilizan en terapia estratégica breve las prescripciones de hacer *"como si" el problema ya se ha resuelto*, por ejemplo, cuando tras la pregunta milagro ("imagínate que te levantas mañana y por un

milagro tu depresión ha desaparecido”), se da la prescripción de escoger uno de los cambios que se habrían producido (“me arreglaría más”) y llevarlo a cabo, rompiendo así uno de los eslabones del circuito de interacción problemático.

Otro tipo de prescripciones conductuales consisten en *hacer más de lo mismo* o *prescribir el síntoma*, reproduciendo la secuencia de interacción problemática a la vez que se introduce alguna modificación (cuándo, cuánto, cómo, dónde, con quién ocurre, etc.) que cambia la funcionalidad o el significado de la conducta problemática.

Schlippe y Sweitzer relatan el caso de un brillante hombre de negocios que estaba poniendo en peligro su carrera profesional por su incapacidad por cumplir con citas y compromisos importantes porque siempre llegaba tarde. Esto también le ocurría con sus padres, que se enfadaban muchísimo con él. Lo que el paciente veía como una incapacidad, el terapeuta lo reformuló como una “rebelión” encubierta, una forma de no hacer lo que le exigían unos padres que él consideraba injustos. En su infancia y adolescencia había tenido que mudarse muchas veces de ciudad debido al trabajo del padre y nunca mostró su enfado por ello. El terapeuta le dio la tarea de llegar tarde a propósito varias veces en las próximas semanas, especialmente cuando se hubiera enfadado con alguien. “Debía dedicar cada retraso a una persona con la que se hubiera enfadado recientemente y escribirle una breve carta: “Querido/a: como estoy enfadado contigo, hoy llegaré tarde. Pero no pienso decírtelo. ¡Toma ya!”. En vez de enviar las cartas, las guardaría en un pequeño buzón electrónico y las llevaría a la próxima entrevista” (Schlippe y Sweitzer, 2002, p. 249).

Por último, los *rituales* son otro tipo de prescripción conductual que simboliza un proceso por el que está pasando la familia o marca determinadas transiciones, el paso de un estado a otro. Muchas de las acciones que tienen lugar en la cotidianidad de la familia (fiestas, bodas, cumpleaños, comidas familiares, etc.), así como las que tienen lugar en la terapia (el mensaje final del equipo o una carta terapéutica, por ejemplo) son acciones ritualizadas. En terapia se utilizan con frecuencia para señalar y subrayar simbólicamente transiciones, por ejemplo, el final de la terapia, la superación de un duelo, la liberación de viejos rencores que mantienen a la persona encadenada a su

familia de origen...

En el caso de un paciente con un duelo no resuelto por la muerte de un familiar, podríamos diseñar un ritual de despedida: pedirle que escribiera una carta a esa persona, diciéndole todo aquello que no pudo decirle para despedirse de ella, desde los sentimientos de rabia y tristeza por el abandono hasta aquellos de añoranza, los buenos momentos compartidos… Con esa carta podríamos proceder de distintas maneras: quemándola en un sitio especial, con velas, con pétalos de flores, con fotos del fallecido, delante de otros miembros de la familia, con una música especial…

6. Lecturas recomendadas

SCHLIPPE, A. Von y SCHWEITZER, J. (2003). *Manual de terapia y asesoría sistémicas*. Barcelona: Herder. Una exposición muy didáctica y práctica de los conceptos teóricos, técnicas de intervención y campos de aplicación del enfoque sistémico.

HANNA. S.M. y BROWN, J. (1995). *La práctica de la terapia de familia*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Este libro sirve como guía para organizar la evaluación inicial y las distintas fases del tratamiento desde el enfoque sistémico, integrando conceptos de diferentes modelos.

ANDERSON, C. y STEWART, S. (1988). *Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu. Este libro ofrece estrategias útiles para afrontar las resistencias que pueden surgir por parte de la familia, del terapeuta o del contexto, en las distintas fases del proceso terapéutico sistémico.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ VEGA, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Los autores presentan un modelo de entrenamiento en habilidades terapéuticas desde una perspectiva integradora, muy claro y estructurado, con un cuaderno de ejercicios para el alumno y una guía para el profesor.

Bibliografía

ANDERSEN, T. (1991). *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues*. Nueva York: Norton & Company. (Trad. Cast.: *El Equipo Reflexivo. Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos*. Barcelona: Gedisa, 1994).

ANDERSON, C. y STEWART, S. (1988). *Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

ANDERSON, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

ASSOCIATION FOR FAMILY THERAPY AND SYSTEMIC PRACTICE. http://www.aft.org.uk/training/view/academic-and-research-training.html Generic therapeutic competences; Basic systemic competences; Specific systemic techniques; Problem-specific competences.

BERGMAN, J. (1987). *Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.

BEYEBACH, M. (1995a). “Uso de metáforas en terapia familiar”. En NAVARRO GÓNGORA, J. y BEYEBACH, M. (Comp.) *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós, págs. 57-75.

———— (1995b). “Técnicas de trabajo en equipo en terapia familiar”. En NAVARRO GÓNGORA, J. y BEYEBACH, M. (Comp.) *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós, págs. 109-136.

———— (2006). *24 ideas para una terapia breve*. Barcelona: Herder.

BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN L. y PENN, P. (1989). *Terapia sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.

CARR, A. (2000). *Family therapy. Concepts, process and practice*. Nueva York: John Wiley & sons.

CARTER, B. y MC GOLDRICK, M. (Eds.) (1999). *The expanded family life cycle. Individual, family and social perspectives* (third edition). Boston: Allyn and Bacon.

CEBERIO, M. y LINARES, J.L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Barcelona: Paidós Ibérica.

CECCHIN, G. (1987) “Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity”. *Family Process*, 26: 405-13.

CECCHIN, G., LANE, G. y RAY, W.A. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.

CORMIER, W.H. y CORMIER, L.S. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

DENBOROUGH, D. (2008). *Collective narrative practice*. Adelaide: Dulwich

Center Publications.
ESPINA, A. (1995). “Sobre la persona del terapeuta familiar y su importancia en la formación”. En Garrido, M. y Espina, A. (Eds.) *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Editorial Fundamentos.
FERNÁNDEZ LIRIA, A. y RODRÍGUEZ VEGA, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
———— (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
FREEDMAN, J. y COMBS, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Nueva York: Norton & Norton.
FRIEDLANDER, M., ESCUDERO, V. y HEATHERINGTON, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
GARRIDO FERNÁNDEZ, M. y FERNÁNDEZ-SANTOS ORTIZ, I. (1997). “Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo. Modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista”. *Systémica*, 3: 161-181.
HALEY, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
LINARES, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
LINARES, J.L. y PUBILL, M.J. (2005). *Las cartas terapéuticas: Una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.
MADANES, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
MADIGAN, S. (2011). *Narrative Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
MINUCHIN, S. y FISCHMAN, C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar.* Barcelona: Paidós Ibérica.
NARDONE, G. y WATZLAWICK, P. (1995). *El arte del cambio.* Barcelona: Herder.
OKUN, B. (2001). *Ayudar de forma efectiva. Técnicas de terapia y entrevista*. Barcelona: Paidós.
PAPP, P (1994). *El proceso del cambio*. Barcelona: Paidós Ibérica.

PENN, P. (1985) “Feed-forward: Future questions, future maps”. *Family Process*, 24: 299-310.

POBLACIÓN, P., LÓPEZ-BARBERÁ, E. (1991) “La escultura en terapia familiar”. *Revista Vínculos*, nº 3, 77-98.

ROJERO, C. (1986). “Hacia un programa de Salud Mental Comunitario: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. VI, nº 18, 438-453.

SCHLIPPE, A. y SCHWEITZER, J. (2002). *Manual de terapia y asesoría sistémicas*. Barcelona: Herder.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. y PRATA, G. (1980). “Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conduction of the Session”, *Family Process*, 19, 1: 1-7 (Trad. Cast: Hipotetización, “Circularidad y Neutralidad: Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión”. *Terapia Familiar*, 7, 7-19. 1980).

SLUZKI, C.E. (1995). “Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia”. *Revista de psicoterapia*, Vol. 6 (22/23): 53-70. (Artículo original: Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31: 217-223).

TOMM, K. (1987a). “Interventive Interviewing: Part I. strategizing as a fourth guideline for the therapist”. *Family Process*, 26 (1): 3-13.

————. (1987b). “Interventive Interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing”. *Family Process*, 26 (2): 167-183.

———— (1988). “Interventive Interviewing: Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions?”. *Family Process*, 27 (1): 1-15.

VON FOERSTER, H. (1982). *Observing systems*. Seaside: Intersystems Publications.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

WHITE, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: W.W. Norton & Co.

WHITE, M. y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*.

Barcelona: Paidós Ibérica.
WHITESIDE, R.G. y STEINBERG, F.E. (2009). *Family therapy 1-2-3. An interactive Practicum*. Nueva Zelanda: Phac Publications.

1 . Estos fundamentos teóricos se abordan en el capítulo 1.

2 . Ver capítulo sobre el contexto de intervención.

3 . Ver capítulos 7 al 13 de este manual.

4 . Este tipo de intervenciones se desarrolla ampliamente en el capítulo del modelo estratégico

II

Modelos de terapia sistémica

7

Terapia estructural

Mª Pilar Martínez Díaz

Índice de contenidos

El modelo estructural surge en los años 60 en Estados Unidos a partir del trabajo que Salvador Minuchin y su equipo realizan con chicos problemáticos tutelados que procedían de contextos de marginación, y sus familias. Minuchin y su equipo desarrollaron un modelo de intervención activo y directivo adecuado a familias con esas características. El modelo estructural ha ido evolucionando e incorporando los cambios impulsados en la disciplina por el enfoque constructivista y narrativo en terapia familiar, aunque mantiene como características definitorias la convicción de la importancia que el contexto tiene en la organización del individuo, la utilización de técnicas activas y la preocupación por el contexto social (Aponte y VanDeusen, 1981; Colapinto, 1998; Rasheed, Rasheed y Marley, 2011). A partir de este modelo se han desarrollado otros enfoques como el ecosistémico y las intervenciones en red.

La terapia familiar estructural ha sido uno de los enfoques dominantes en el ámbito de la intervención familiar. Una de las razones es que en las situaciones de problemática familiar que suelen caracterizarse por la complejidad de la interacción y las poderosas fuerzas que se mueven, proporciona un modelo teórico que introduce orden y permite analizar las transacciones familiares dándoles un sentido. De este modo se puede realizar un diagnóstico de la situación familiar del que también se derivan orientaciones para la intervención.

1. Orígenes del modelo

Salvador Minuchin (1921-) es el fundador y el autor de referencia en el enfoque estructural. Nació en una familia judía en Argentina, donde estudió medicina. Tras licenciarse emigró a Israel, donde trabajó atendiendo a jóvenes en el ejército durante la guerra de independencia y, posteriormente, en instituciones de acogida a niños judíos de diferentes culturas y países (Minuchin y Nichols, 1994). A principios de los años 50 se trasladó a Estados Unidos para mejorar su formación e inició un entrenamiento psicoanalítico en la línea del psicoanálisis interpersonal. Mientras atendía de forma individual en su consulta a pacientes de clase media, comenzó a trabajar en una institución de internamiento de adolescentes y jóvenes delincuentes negros e hispanos de los barrios pobres de Nueva York.

En la *Wyltwyck School for Boys* se internaba a los chicos para el tratamiento

durante uno o dos años lejos de su ambiente. Posteriormente volvían a su contexto habitual, y se observaba que los efectos de la intervención solían ser escasos. En el trabajo que inician Minuchin y su equipo en esta institución se concretan y hacen operativas muchas ideas que él había ido desarrollando anteriormente, y se redefine el tratamiento para incluir a la familia y así atender al contexto relacional en el que se han desarrollado los problemas. Puesto que los enfoques terapéuticos tradicionales eficaces con clases medias no resultaban efectivos con esta población, Minuchin y su equipo realizaron un análisis del impacto sociológico del contexto en los menores y sus familias, así como de las características familiares y desarrollaron nuevas técnicas "caracterizadas más por hacer que por hablar" (Colapinto, 2007). En el libro *Families of the Slums* (1967) se recoge el trabajo que se llevó a cabo en el centro y el proceso de desarrollo de los supuestos teóricos y los conceptos que son centrales en el enfoque estructural. Además, esta peculiaridad de su origen ha dejado su impronta: la terapia estructural se caracteriza por su preocupación por el contexto social y por la intervención con familias que viven en situaciones de pobreza.

Trabajo en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*. En 1967 Minuchin fue nombrado director de esta prestigiosa clínica, en la que desarrolló su trabajo hasta 1981, año en que fundó su propio centro en Nueva York. Durante sus años en la clínica, la convirtió en uno de los centros más importantes en atención a familias, formando un equipo con otros terapeutas que han influido en el desarrollo de la terapia estructural como Braulio Montalvo, Jay Haley, Harry Aponte, Charles Fishman o Marianne Walters. Durante este periodo desarrolló un importante trabajo con familias cuyos hijos presentaban síntomas psicosomáticos (asma, diabetes y anorexia) y publicó tres de sus libros más conocidos: *Familias y terapia familiar* (1974), *Familias psicosomáticas* (1978) y *Técnicas de terapia familiar* (1981).

En el año 1981 Minuchin creó el *Family Institute* en Nueva York, un centro dedicado a la formación y la intervención con familias que presta especial atención a familias marginales y a la modificación de su relación con las instituciones que las atienden. Tras su jubilación en 1996 el centro se pasó a denominar *Minuchin Center for the Family* y en él se continúa en la misma

línea de trabajo.

Durante los años 80 la terapia estructural recibió críticas desde teorías feministas que planteaban que se había centrado en la organización del poder en la familia entre generaciones, pero no en el análisis de las diferencias de poder en la misma generación y, en particular, en las relaciones de pareja. De este modo, plantean, se aceptaban de forma implícita las desigualdades de poder entre varón y mujer (Hare-Mustin, 1988). Además, en ocasiones aceptaba como norma el modelo de organización familiar de clase media de los años cincuenta con un padre volcado en el trabajo y la madre en la crianza, y en su intervención cuestionaba a las madres por conductas consideradas como sobreprotectoras cuando estaban socialmente prescritas y fomentadas (Gorell Barnes, 1998). Esta crítica ha hecho que se modifique la teoría estructural buscando formas en que la mujer recupere su autoridad con respecto a su pareja y a los hijos, se atienda a modificar el equilibrio de poder en la pareja (Vetere, 2001) y se reconozcan tanto el papel del varón como el de la mujer sin encasillarlos en roles preestablecidos (Minuchin, 1996/7).

A partir de los años 90 el enfoque estructural también ha recibido importantes críticas de los enfoques constructivistas que han supuesto un considerable debate entre ambas aproximaciones (Anderson, 1999; Levy, 2006; Minuchin, 1998).

Las terapias constructivistas plantean que los enfoques sistémicos, y en particular la escuela estructural, se ha centrado en el análisis de la interacción y en los mecanismos para cambiarla perdiendo de vista a los individuos que forman la familia con sus vivencias, características y motivaciones. Del mismo modo, se ha favorecido un enfoque directivo en el que el terapeuta es el experto que detecta aspectos disfuncionales para modificarlos. Por el contrario, los enfoques colaborativos abandonan la idea de que la familia es disfuncional y que el terapeuta debe identificar esas áreas y ayudarles a cambiar, para plantear que el terapeuta debe acercarse a la familia, comprender a los individuos y el modo en que dan sentido a su experiencia y colaborar con ellos en la creación de significados que les permitan una vida mejor (Nichols y Schwartz, 1998).

Estas críticas han supuesto cambios en el modo de intervención y una

recuperación de las vivencias y perspectivas individuales en el trabajo estructural. Sin embargo, para Minuchin, los enfoques constructivistas, con la aportación que supone la recuperación del individuo y de su papel activo y constructor de sentido, tienden a perder de vista otros aspectos que eran centrales en la teoría sistémica: pensar en los problemas humanos desde una perspectiva interaccional y tratar a la familia como una unidad (Minuchin, Nichols y Lee, 2007).

2. Conceptos básicos del modelo

El modelo estructural, a partir del trabajo con familias muy desorganizadas como las de la Wyltwyck School, o más rígidamente estructuradas como las tratadas en la Philadelphia Child Guidance Clinic, desarrolló una serie de conceptos que permiten describir el modo de organización de las familias y, a la vez, dan una idea de las áreas de disfunción.

2.1. Estructura

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las interacciones repetidas a lo largo del tiempo establecen pautas acerca de en qué forma, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas dan estabilidad al sistema. Este conjunto invisible de demandas y expectativas funcionales que organizan el modo en que interactúan los miembros de una familia es lo que se denomina estructura familiar (Minuchin, 1977). Cuando se produce una cierta interacción entre dos miembros de la familia y ésta se repite, acaba por establecerse una pauta o regla relacional. Una vez que se establecen unas pautas de interacción, los miembros de la familia utilizan un pequeño conjunto de las posibilidades de intercambio entre ellos. Por ejemplo, la primera vez que un bebé llora de noche no está claro qué harán el padre y la madre, pero una vez que cada uno de ellos hace algo, la duda de “¿quién va a ocuparse del bebé por la noche?” se convierte en “probablemente él hará…” y al cabo de un tiempo en “él siempre se levanta por la noche” (Nichols, 2009).

Así pues, la estructura familiar implica una serie de reglas implícitas generadas en la convivencia y que gobiernan las transacciones familiares. Esta estructura está constituida por ciertas características universales y otras específicas de cada familia. Entre las reglas generales que gobiernan la organización familiar está la necesidad de que exista una jerarquía en la que

los padres y los hijos tienen diferente nivel de poder, o el hecho de que los miembros de la familia desarrollan roles complementarios.

Entre las reglas específicas se incluyen todas aquellas que cada familia en particular ha ido estableciendo a lo largo de años de negociaciones explícitas e implícitas. Así, por ejemplo, en una familia la madre puede tener unas expectativas y establecer unas normas respecto al uso que el hijo puede hacer del ordenador, mientras que el padre no está de acuerdo y cree que es muy permisiva. El padre podría intentar llegar a un acuerdo con su mujer, desautorizarla, o aceptar que sea ella quien establezca esos criterios y mantenerse aparte. Cada una de esas pautas de interacción va a crear una estructura diferente.

2.2. Subsistemas

El sistema familiar se compone de subsistemas, que son grupos más pequeños de miembros de la familia que están unidos para desempeñar diferentes funciones (Minuchin y Fischman, 1981). La agrupación en subsistemas se puede hacer por diferentes aspectos: por sexo (los chicos y las chicas), por edad (hermanos mayores y pequeños), por intereses (a los que les gusta el fútbol y a los que no), por procedencia (los que vienen de una familia y los que vienen de otra en una familia reconstituida), etc. Pero el más relevante en la organización familiar es la división en subsistemas por la función que desempeñan: en subsitema conyugal, parental y filial. Cada uno de estos tres subsistemas desempeña una función que es esencial para la familia. Con frecuencia son los padres los que ejercen las funciones del subsistema parental y los hijos las del filial, pero esta organización puede estar subvertida ya que en ocasiones los miembros de un subsistema están ejerciendo funciones que corresponderían a otro subsistema. Por ejemplo, en una familia en la que el padre se ocupa de la organización y cuidado de los hijos apoyado en la hija mayor, las funciones parentales las llevan a cabo el padre y la hija mayor parentalizada, mientras que el resto de hermanos estarían en el subsistema filial. En otra situación en la que una madre se apoya afectivamente en uno de sus hijos, al que confía sus problemas y pide consejo, quedando el marido aparte, el hijo estaría realizando funciones propias del subsistema conyugal.

Subsistema conyugal

El subsistema conyugal se forma cuando dos adultos se unen con la idea de compartir su vida y se refiere a su vínculo como pareja. Como tal, tiene que llevar a cabo dos procesos fundamentales desde una perspectiva estructural: la acomodación y el establecimiento de límites con el exterior. Con el inicio de su convivencia se va produciendo un proceso de ajuste en el cual cada uno debe aprender a adaptarse a las características, necesidades y estilo de interacción del otro. La pareja tiene que negociar multitud de temas relacionados con la convivencia (amigos, uso del espacio, el tiempo y el dinero, relaciones con las familias de origen, con el trabajo, roles de género…) en los cuales se va produciendo una progresiva acomodación que va consolidando la pareja en un sistema común (McGoldrick, 2011). Asimismo, deben llegar a acuerdos sobre temas muy significativos tales como si tendrán hijos o no, pero son igualmente importantes los acuerdos con respecto a las costumbres en la vida cotidiana (quién pone la mesa, cómo decoran su casa, qué ven en la televisión, qué tiempo es común y cómo lo utilizan, etc.). Aunque algunas de estas negociaciones son explícitas, la mayoría se realizan de forma implícita, y pueden alcanzarse con facilidad o conllevar importantes luchas de poder.

En una pareja funcional se produce una acomodación que implica dar y recibir por parte de los dos de forma que no sea solamente uno de los miembros de la pareja el que ceda su individualidad, sino que cada uno debe apoyar las necesidades, intereses y deseos del otro. Por otro lado, una pareja funcional también se caracteriza por una complementariedad moderada: es decir cada uno desempeña más un cierto rol (por ejemplo, uno es más activo y promueve salidas y actividades conjuntas, mientras que el otro tiende a dejarse llevar) pero estos no son roles rígidos y pueden alternarse o compensarse cuando es necesario (Minuchin, 1977).

El segundo aspecto que tiene que desarrollar el subsistema conyugal es un doble límite: el que los separa del otro y el que los separa del exterior (de las familias de origen, relaciones externas a la familia y de los hijos cuando los tienen). Las parejas con límites difusos al interior tienden a hacer todo juntos, tener amigos comunes y a estar en contacto continuo. Las parejas con límites más rígidos tienen espacios y tiempos independientes uno de otro: sus amigos,

actividades e intereses tienden a no ser compartidos.

El subsistema conyugal es fundamental para el crecimiento de los hijos. Es para ellos un modelo de relaciones íntimas y de resolución de conflictos. Cuando hay disfunciones conyugales pueden repercutir en el resto de la familia. Por ejemplo, uno de los hijos se puede convertir en chivo emisario o ser tomado como aliado por un cónyuge en una coalición frente al otro. El concepto de subsistema conyugal es aplicable a diferentes tipos de composición del hogar y reconoce la necesidad del adulto de una relación afectiva y de confianza, el apoyo en la toma de decisiones y es el intermediario entre el hogar y el mundo exterior (Vetere, 2001).

Subsistema parental

El subsistema parental se forma cuando la pareja tiene hijos o, de alguna otra forma, tiene menores a su cargo, y lo definen las tareas de cuidado, guía y control de esos menores (Minuchin y Fishman, 1981). En relación al subsistema parental los hijos desarrollan la vinculación afectiva, adquieren unos modelos de roles de género y aprenden a desarrollar su autonomía. En la vida cotidiana con ellos el niño aprende lo que puede esperar de los que tienen más recursos, su idea de la autoridad, cómo expresar sus necesidades, formas de comunicar lo que desea dentro del estilo familiar, etc.

El subsistema parental tiene que llevar a cabo la socialización de los hijos sin perder por ello el espacio de apoyo mutuo que caracteriza al subsistema conyugal. Los padres deben tener la suficiente separación de sus hijos como para poder cuidarse y atender a sus necesidades, ya que si no lo hacen difícilmente tendrán energía para ocuparse de sus hijos. Para ello tienen que trazar límites que les permitan la relación como pareja, pero que a la vez permitan a los hijos un contacto fluido con ellos.

Una característica fundamental del subsistema parental es la adaptabilidad; ésta se tiene que modificar a medida que los hijos crecen y sus necesidades cambian y, para ello, debe ir adaptando el manejo de afecto y control en función de los momentos evolutivos que atraviesan. Progresivamente se les dan más oportunidades para tomar decisiones y ser autónomos y se modifica el modo en que se proporciona apoyo afectivo y pertenencia. Cuando el subsistema parental no puede adaptarse a estos cambios, se queda anclado en

patrones antiguos de relación e impide el desarrollo adecuado de los hijos.

Subsistema filial

El subsistema filial está formado por el grupo de hermanos **y** constituye el primer grupo de iguales en que participa un niño. En este grupo los niños aprenden a apoyarse, cooperar, divertirse, competir, resolver los conflictos o manejar los celos en función de las pautas de interacción que se generan en cada grupo de hermanos. En las posiciones que van asumiendo se preparan para las relaciones y amistad con los iguales, que se desarrollan a medida que crecen. Cuando se trata de familias numerosas, los hermanos tienden a agruparse por subgrupos según sus diferentes etapas evolutivas.

2.3. Límites o fronteras

Los límites o fronteras establecen el tipo de contacto que se puede dar entre subsistemas y entre la familia y el exterior. Son el conjunto de reglas que regulan quién puede participar en un subsistema y cómo puede hacerlo. La función de los límites es proteger cada subsistema y permitir que desarrolle sus funciones (Minuchin, 1977). Por ello, cuando un subsistema no tiene una protección de límites adecuada se dificulta el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en él. Por ejemplo, si cada vez que los padres están discutiendo alguno de los hijos les interrumpe, se impide que puedan resolver sus diferencias. Por otro lado, si los padres siempre intervienen en las discusiones y conflictos entre sus hijos resolviéndolos por ellos, éstos no aprenden a pelear y defender sus intereses y les será más difícil la relación con los iguales.

Los límites indican la distancia psicológica entre los miembros. Cuando forman parte de subsistemas diferentes, hay ciertas áreas personales y relacionales que las personas de un subsistema preservan para sí y que no comparten con los de otros subsistemas. Así, los hermanos comparten entre ellos experiencias o deseos que no comunican a sus padres.

En la entrevista, el terapeuta recoge información de cómo son los límites a través de las interacciones y el lenguaje no verbal de la familia. Algunos de estos indicadores son cómo se sientan los miembros de la familia, quién interrumpe cuando otro habla, quién completa la información o quién habla por otro.

Tipos de límites. Los límites familiares tienen diferentes grados de *permeabilidad* en función de la cual varía la cantidad y el tipo de contacto entre subsistemas. Según su nivel de permeabilidad los límites se clasifican en rígidos, claros o difusos.

En las familias con *límites rígidos* hay muy poca comunicación e intercambio entre subsistemas, de tal forma que los miembros hacen una vida relativamente aislada. Permiten una gran autonomía pero ésta se logra a costa de la conexión emocional. Son propios de familias muy separadas o desligadas. Como aspecto positivo está el que permiten independencia, crecimiento y el desarrollo de competencias personales ya que los hijos se ven obligados a desarrollar sus propios recursos. Por otro lado, la distancia entre padres e hijos reduce la calidez, el afecto y el apoyo y los padres tardan en darse cuenta de cuándo sus hijos necesitan apoyo y atención. Por ello las familias desligadas tienen que estar bajo una tensión muy fuerte antes de movilizarse y apoyarse unos a otros. Los límites rígidos se manifiestan en áreas como, por ejemplo, la existencia de una gran libertad de los miembros para hacer lo que desean, pocas demandas o expresiones de lealtad y compromiso, y un tipo de interacción en paralelo (Gehart, 2010).

En las familias con *límites difusos* hay un excesivo intercambio de información entre subsistemas. No existe una distinción clara entre los subsistemas ni entre los miembros de la familia. Se produce una intensa pertenencia y apoyo a expensas de la autonomía individual. Los hijos en sistemas fusionados aprenden a confiar y depender de sus padres, no se sienten cómodos en la independencia y pueden tener problemas para relacionarse fuera de la familia. En este tipo de familias se observan comportamientos como los siguientes: sus miembros hablan unos por otros o se interrumpen continuamente, asumen que saben lo que piensa el otro, hay una gran preocupación y protección mutua, esperan que el compromiso con la familia se ponga por encima de las necesidades individuales y se sienten amenazados por los desacuerdos y discrepancias (Gehart, 2010).

En las familias con *límites claros* se permite la comunicación y el intercambio entre subsistemas, a la vez que es posible mantener la diferenciación y la autonomía. Cada subsistema guarda para sí áreas de

funcionamiento propias e independientes. En estas familias se desarrolla tanto la autonomía como la capacidad de contacto y apoyo entre sus miembros.

2.4. Alianzas y coaliciones

Las *alianzas* son relaciones de especial cercanía entre dos o más miembros de la familia que pueden estar basadas en una variedad de aspectos como intereses, sexo, edad, etc. Son relaciones positivas de apoyo que fomentan la pertenencia y no implican conflicto con un tercero. Sin embargo cuando dos personas, además de estar unidas entre sí, están en contra de otra persona de la familia, se habla de *coaliciones*. Son particularmente problemáticas las coaliciones transgeneracionales, que se caracterizan porque existen problemas en la relación entre los cónyuges que se disipan o equilibran a través de un hijo en el que uno de ellos se apoya en contra del otro. Por ejemplo, una madre que está afectivamente muy ligada a uno de sus hijos y ambos excluyen y critican al padre[1]. Otras veces el padre se alía con uno de los hijos y la madre con el otro y se forman dos grupos en oposición.

2.5. Ciclo vital familiar

En el enfoque estructural es preciso evaluar el momento del ciclo vital familiar, así como el modo en que se han resuelto etapas previas. Cada nueva fase del ciclo vital requiere que la familia modifique su modo de relacionarse para afrontar las transiciones y tareas que demandan las nuevas necesidades de sus miembros. En esos momentos de cambio se producen incertidumbres y tensiones en toda familia, pero aquellas con patrones de funcionamiento más rígidos tienen mayores dificultades para adaptarse y pueden quedar ancladas en modos de relacionarse antiguos. Con frecuencia los problemas de una familia están ligados a una fase del ciclo vital y se pueden redefinir en ese encuadre, proporcionando a la familia una visión evolutiva y no patologizante de su situación, a la vez que ofrece, tanto a la familia como al terapeuta, unas metas para el cambio (McGoldrick, Carter y García-Preto, 2011).

2.6. Jerarquía

Para el buen funcionamiento de la familia es central la existencia de una jerarquía clara y eficaz en la que los adultos tengan mayor poder que los hijos y establezcan y hagan cumplir normas, a la vez que mantienen una buena conexión emocional con ellos. Esta organización del poder se debe ir

modificando según la edad de los hijos para responder a los cambios evolutivos.

Las disfunciones en la jerarquía pueden producirse cuando hay una falta de diferencia jerárquica entre padres e hijos: los padres son permisivos, ejercen poco control y supervisión sobre sus hijos y éstos tienden a establecer sus propias reglas de funcionamiento. También hay una organización disfuncional cuando la diferencia de poder entre padres e hijos es excesiva: los padres plantean normas demasiado estrictas y exigentes para la edad y nivel evolutivo de los hijos y las consecuencias de su incumplimiento son excesivamente severas. Con frecuencia esto va acompañado de una falta de conexión afectiva con los hijos.

Otro problema de jerarquía se produce cuando el subsistema parental incluye a uno de los hijos (al que se denomina *hijo parentalizado*) que participa en la toma de decisiones que correspondería únicamente a los padres. Estas situaciones crean un desequilibrio y a veces luchas de poder en la familia que es preciso corregir, puesto que para que la familia pueda funcionar de forma adecuada los padres deben tener autoridad sobre sus hijos.

3. Visión global del proceso terapéutico

En el trasfondo de todo análisis estructural de la familia hay dos ideas fundamentales que guían la evaluación y la intervención: el supuesto de competencia y el supuesto de originalidad (Simon, 1995). El *supuesto de competencia* plantea que las familias con problemas se han quedado estancadas en patrones de relación que fueron útiles en el pasado pero que ya no se adaptan a sus circunstancias presentes. Estas familias disponen de alternativas que funcionarían mejor y la tarea del terapeuta es darles confianza para explorar y ayudarles a encontrarlas. El *supuesto de originalidad* plantea que, independientemente de los rasgos que comparte con otras, cada familia es esencialmente diferente. Así pues, en la evaluación es preciso prestar atención a lo que es particular en esa familia como fruto de su historia y las experiencias subjetivas de sus miembros. Es necesario tener en cuenta que ambos supuestos subyacen al desarrollo del proceso terapéutico.

3.1. Características de la familia funcional

Una familia es funcional en la medida en que su estructura de límites,

subsistemas y organización jerárquica permite su mantenimiento y el cumplimiento de tareas que son esenciales para el crecimiento y bienestar de las personas que la integran, como son apoyo, pertenencia y potenciar la autonomía y recursos personales. Además, debe ser capaz de adaptar esta organización de acuerdo con las características específicas de esa familia y con la fase de desarrollo evolutivo de sus miembros. Por ello, y como señala el supuesto de originalidad comentado anteriormente, no existe una única forma familiar que sea funcional, ya que las características deben ser analizadas en cada caso en concreto.

Desde el enfoque estructural la aparición de los síntomas está íntimamente ligada a cómo evoluciona la familia a lo largo de su ciclo vital. Ésta debe tener la suficiente estabilidad para proporcionar a sus miembros continuidad y equilibrio y, a la vez, ser capaz de cambiar su modo de funcionar para adaptarse a los continuos cambios con los que se enfrenta tales como la inclusión de nuevos miembros (por nacimiento, adopción, matrimonio…), su pérdida (salida del hogar, muerte), las nuevas necesidades de las personas que la forman (cambios evolutivos de la niñez, adolescencia, enfermedades…) y las modificaciones del contexto en el que viven (cambios de trabajo, mudanzas...). En estos momentos de cambio es normal que la familia experimente ansiedad y dificultades a medida que afronta y resuelve las nuevas demandas. Algunas reglas de relación ya no sirven, y la estructura debe cambiar para afrontar las situaciones nuevas.

La disfunción familiar se debe a que en estas situaciones de cambio, la familia no es capaz de modificar su organización dinámica y estructural para adaptarse a ellas. Esta dificultad puede ser temporal y parte del proceso de adaptación o puede responder a configuraciones previas que impiden el cambio. Así por ejemplo, muchas familias atraviesan una fase de desconcierto y ansiedad en la adolescencia de sus hijos cuando deben desarrollar nuevas reglas de relación que permitan una mayor autonomía y privacidad. Si se trata, por ejemplo, de una familia de tipo aglutinado, puede haber funcionado bien durante la infancia de los hijos y, sin embargo, encontrar mayores dificultades en esta etapa si sigue esperando y alentando en ellos un comportamiento similar al de niños de menor edad. En lugar de ir permitiendo una mayor

autonomía, la impide y neutraliza la diferencia.

Los síntomas, por lo tanto, son manifestación de dificultades para cambiar la organización estructural en respuesta a nuevas demandas y es ésta la que debe ser modificada en la intervención. De este modo la familia puede afrontar los cambios necesarios y salir fortalecida con una organización estructural más adecuada para desenvolverse en futuras situaciones de tensión.

En esos momentos de cambio es frecuente buscar ayuda. Cuando esto ocurre, el clínico debe valorar si están simplemente en el proceso normal de adaptarse estructuralmente a nuevos requerimientos o si están quedando ancladas en pautas transaccionales rígidas que ya no son funcionales (Minuchin, 1977).

3.2. Metas de la terapia

Puesto que el mantenimiento de los problemas se debe a que la estructura familiar no consigue adaptarse a las nuevas necesidades, el objetivo de la terapia es activar un cambio en la estructura familiar y que, como resultado, se produzca un cambio en el problema presentado. Por ejemplo, las rabietas y pataletas de una niña de 5 años se producen cuando el padre intenta hacer que cumpla alguna norma que está desobedeciendo. Cuando se analiza el contexto vemos que el padre interviene en momentos en que la madre estaba intentando ejercer el control sobre la niña, porque desaprueba el modo en que ella lo hace. Además el padre está molesto porque su mujer sigue las pautas de su suegra que, en su opinión, se entromete demasiado en la educación de los hijos. Sería preciso abordar la falta de cooperación parental y la intervención de la suegra en el subsistema parental para que las rabietas de la niña desaparezcan y no se instauren otros problemas en su lugar, activando otras posibilidades de interacción que la familia también tiene (Simon, 1995).

Por otro lado, las áreas a modificar dependerán del área de disfunción estructural de cada caso y, aunque dada la originalidad de cada familia no es posible establecer unas metas fijas a priori, se pueden señalar algunos problemas frecuentes con los que suele trabajar un terapeuta estructural. Por ejemplo, la creación de una organización jerárquica efectiva, el reforzamiento de un subsistema parental coordinado y eficaz o abordar los desacuerdos y la distancia emocional en el subsistema conyugal. Con familias fusionadas se trabaja para conseguir la diferenciación de los individuos y los subsistemas

para que puedan desarrollarse con mayor autonomía. En las familias desligadas el objetivo terapéutico con frecuencia es incrementar el contacto y la interacción y permeabilizar los límites para que los miembros puedan apoyarse entre sí (Nichols y Schwartz, 1998).

3.3. Rol del terapeuta

Durante los años 70 y 80 en que el modelo estructural se consolidó, el rol del terapeuta se caracterizaba por ser muy activo y directivo y generar el cambio en las pautas familiares a través del cuestionamiento directo de los roles y reglas relacionales, siendo a veces desafiante y confrontando la actuación de los miembros de la familia. Así, por ejemplo, en una familia en que la madre se queja de que su marido no la apoya, cuando el marido se sienta a su lado e intenta darle la mano y ella se cruza de brazos con los puños cerrados, Minuchin le señala a ella cómo ante el acercamiento de él, ella ha levantado un muro: "No diga que él no se mueve. Usted permanece inmóvil. Él abrió su mano. Haga algo en respuesta. Él la miró. Usted no le ha mirado" (Minuchin, 1980, p. 189).

Esta actuación del terapeuta estructural ha sido cuestionada por los enfoques más colaborativos y conversacionales por adoptar un papel de experto que desde fuera evalúa los problemas y dirige el cambio de acuerdo a sus ideas (Levy, 2006; Tomm, 1998) y se ha modificado incorporando algunas de esas críticas. Minuchin en su último libro (Minuchin, Nichols y Lee, 2007) señala las aportaciones que el enfoque narrativo ha tenido para la terapia estructural: recuperar la importancia de las experiencias y los significados individuales y adoptar una postura más respetuosa y menos directiva que promueve el cambio en colaboración con la familia: "el terapeuta es un experto que acepta la falta de verdades, se une a la familia en la aventura de ampliar y enriquecer sus modos de relacionarse y desafía sus certezas al ayudarles a ver formas diferentes de relacionarse" (Minuchin, Nichols y Lee, 2007, p. 14).

En el contexto de esta evolución, sin embargo, el modelo estructural sigue siendo un enfoque orientado al cambio en las relaciones y en el que el terapeuta es directivo al proponer una dirección para ese cambio (Colapinto, 1998). Además, se rescatan como definitorios tres aspectos que reflejan lo más característico del enfoque estructural: 1) los síntomas individuales con

frecuencia están vinculados con conflictos familiares, 2) se deben entender los problemas humanos en su contexto interaccional y 3) se debe tratar a la familia en conjunto (Minuchin, Nichols y Lee, 2007).

4. Estrategias y técnicas

4.1. Fases de la terapia

Para Minuchin la terapia debe generar un cambio en la estructura de la familia de forma que ésta pueda llevar a cabo las tareas que son necesarias y con las que está teniendo dificultades. Este proceso se desarrolla a lo largo de cuatro fases (Rasheed, Rasheed, Marley, 2011):

1. *Joining y acomodación*. El terapeuta se une y adapta al sistema familiar, creando una relación de confianza y respeto con la familia.
2. *Diagnóstico estructural*. Se lleva a cabo evaluando la relación familiar para identificar pautas de interacción, temas familiares relevantes y mitos familiares que mantienen el problema.
3. *Cuestionamiento del síntoma*. Se cuestiona la visión familiar del síntoma a través de una reformulación del problema presentado que lo connote como un problema relacional en lugar de individual. En los últimos años, Minuchin ha incluido en esta fase de diagnóstico estructural una exploración de la historia familiar para identificar las raíces de las características estructurales actuales de la familia (Minuchin, Nichols y Lee, 2007).
4. *Reestructuración*. La intervención del terapeuta genera cambios estructurales en los subsistemas y en las pautas de interacción familiares.

Joining y acomodación

Este término ha sido incorporado por los terapeutas estructurales para referirse al proceso a través del cual se establece contacto y alianza con los pacientes. El terapeuta debe crear una buena relación con ellos para ganar su confianza y que acepten sus intervenciones para generar cambio.

Con frecuencia la familia que acude a terapia se pregunta por qué se les ha pedido a todos que acudan, en lugar de citar sólo al paciente identificado. En primer lugar, el terapeuta debe atenuar su ansiedad y sus defensas mostrando comprensión y aceptación de cada miembro de la familia, estableciendo contacto con cada persona en particular. Es importante también que se adapte al estilo interaccional y comunicativo de la familia. El primer contacto también debe transmitir respeto por la organización jerárquica de la familia y dar por

supuesta la autoridad de los padres, dirigiéndose primero a ellos para plantear el motivo de consulta.

El objetivo de esta fase es crear un clima de confianza y una alianza con el terapeuta que les permita sentirse seguros y desde ahí exponer sus preocupaciones y sus miedos y explorar modos alternativos de relacionarse. Cuando el terapeuta no consigue establecer esta alianza con frecuencia se produce una resistencia y falta de implicación de la familia en la terapia.

Diagnóstico estructural

A partir de la observación de las interacciones que se producen en la sesión y de lo que la familia relata, el terapeuta realiza un diagnóstico estructural en el que el síntoma o problema motivo de consulta esté contextualizado en el conjunto de las transacciones familiares e incluya a todos los miembros. El diagnóstico estructural da una idea de las áreas disfuncionales y de los objetivos para el cambio en una determinada familia y se basa en datos de seis áreas (Walsh y McGraw, 2002):

1. La estructura familiar, incluyendo los patrones transaccionales más habituales y patrones alternativos a los que ocasionalmente recurren. P. ej., una familia se comporta de forma muy protectora con su hija de quince años haciendo por ella gran cantidad de tareas y gestiones que podría hacer sola a esa edad. Sin embargo, explorando más se averigua que en ocasiones la estimula a que sea ella la que busque y compre unos libros que le piden en el instituto.
2. La flexibilidad del sistema y su capacidad para modificar la estructura (por ejemplo, cambio en las alianzas y en los subsistemas en función de los cambios en las circunstancias). Así, uno de los hijos de una familia puede apoyarse más en su hermana en algunas situaciones y en el hermano mayor para otras.
3. La medida en que el sistema es sensible a los mensajes de cada miembro de la familia. La alta sensibilidad refleja un sistema fusionado, la baja sensibilidad un sistema desligado.
4. El contexto vital de la familia, incluyendo fuentes de estrés y apoyo. Aquí se deben tener en cuenta la familia extensa, trabajo, sistema escolar, amigos y otros grupos e instituciones con los que la familia tenga relación.
5. La fase del ciclo vital familiar y el logro de las tareas propias de esa fase. Es

preciso evaluar fases y tareas con las que han tenido dificultades a lo largo del ciclo vital.

6. El síntoma presentado por el paciente identificado y cómo está sirviendo para mantener las pautas transaccionales más habituales de la familia.

Mapa estructural. Para el diagnóstico estructural es útil la representación gráfica que se denomina mapa estructural y que muestra de forma visual los aspectos más relevantes de la organización familiar. Al ser una representación simplificada no recoge la riqueza de la organización familiar, pero ayuda a concretar el diagnóstico, permite formular hipótesis sobre en qué áreas la familia es funcional y en cuáles no, y ayuda a planificar el proceso terapéutico y los objetivos de cambio. A lo largo de este proceso, el mapa estructural se va modificando para mostrar los datos nuevos o los cambios estructurales conseguidos. (Minuchin, 1977; Umbarger, 1999).

Para la representación de la estructura y las relaciones más significativas en el mapa los símbolos utilizados son:

Símbolos del mapa estructural

Límites claros	- - - - - - - - - - -
Límites difusos	. . . .
Límites rígidos	▬▬▬▬▬▬
Alianza	═══════
Sobreimplicación	≡≡≡≡≡≡
Conflicto	——| |——
Desvío	⇨
Coalición	}

Por ejemplo, una familia en que el subsistema parental está formado por los padres que tienen unos límites difusos con sus hijos se representaría así.

P M (Subsistema parental)

. . . .

Hijos (Subsistema filial)

Por otro lado, una familia en que en el subsistema parental está uno de los hijos en estrecha alianza con un progenitor contra el otro, mientras otro hijo está en el subsistema filial con límites abiertos, se representaría de este modo:

P ≡ Ho } M (Subsistema parental)

\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-

Ho (Subsistema filial)

Cuestionamiento del síntoma y reformulación del problema

Tras establecer una alianza con los miembros de la familia y formular un diagnóstico estructural, el terapeuta cuestiona la visión lineal del problema que con frecuencia plantean. Para ello amplía la perspectiva explorando la dinámica relacional presente y la historia familiar de estas pautas relacionales. Una de las estrategias para lograrlo es proporcionar a la familia una definición relacional del problema que les permita ver cómo el síntoma se relaciona con la interacción familiar. Para ello son útiles las *puestas en escena*, ya sean espontáneas (cuando la familia inicia de forma espontánea una interacción en la sala), o dirigidas por el terapeuta (esta técnica se expone en el apartado siguiente). El terapeuta, por ejemplo, puede pedir a los padres que hablen en sesión de lo que ocurre cuando su hijo se pone agresivo en casa. A través del diálogo se pueden observar las interacciones en torno a este problema y cómo se articula éste en la dinámica familiar. La puesta en escena permite al terapeuta observar y modificar alianzas, coaliciones, disfunciones de límites, etc.

También ayuda a ampliar la visión del síntoma el explorar las diferentes *perspectivas* que hay sobre el mismo. Para ello se pregunta a cada miembro de la familia por su visión del problema y el significado que le dan. En la misma dirección ayuda la *reformulación*, una técnica que consiste en proponer un significado del síntoma diferente al que tiene para la familia, utilizando explicaciones alternativas que expanden la visión del mismo y permiten soluciones más constructivas. La reformulación plantea a la familia que su visión de la realidad no es la única, da otro significado a sus dificultades y explora visiones alternativas más constructivas que permitan su solución. Generalmente implica modificar la definición de la situación problemática con que llega la familia de un problema individual a un problema de varios de los miembros de la familia. Por ejemplo, en una sesión de consulta con un niña de cinco años a la que sus padres describen como incontrolable, Salvador

Minuchin (1981) observa durante un par de minutos cómo la niña se pasea haciendo ruido por la sala mientras la madre intenta que se porte bien y esté quieta y después le pregunta a la madre “¿es así cómo pasan el tiempo juntas?”. La pregunta “¿es así como la niña se comporta normalmente?” habría confirmado la definición que la familia tiene del problema situándolo en la niña, mientras que al plantear que es un problema de dos está comenzando a redefinirlo.

La breve exploración del pasado ha sido incorporada recientemente en la terapia estructural con el objetivo de ayudar a la familia a comprender cómo han llegado a la actual visión de sí mismos (Minuchin, Nichols y Lee, 2007). Es una continuación de la exploración de los estilos de relación familiares que se realiza de forma breve y en la que los hijos no intervienen, sino que quedan como espectadores de los relatos de sus padres. Por ejemplo, se puede señalar a la mujer: “He observado que no cuestionas lo que dice tu pareja ni siquiera cuando estás claramente en desacuerdo, ¿qué experiencias de tu infancia te han hecho evitar los desacuerdos?”. Tras explorar la historia de sus estilos de relación se examina cómo se engarzan uno con otro en el presente en relación al problema presentado.

Reestructuración

Una vez que el terapeuta ha establecido una alianza con la familia e identificado los aspectos estructurales y las pautas transaccionales que inciden en la presencia del problema (qué les dificulta el cambio, cómo han llegado a esta situación y en qué personas y en qué áreas hay más posibilidad de cambio), se interviene con el objetivo de modificar aspectos estructurales. Estas modificaciones suelen implicar el trabajo sobre límites, ya sea reforzándolos cuando no permiten suficiente separación entre subsistemas, o haciéndolos más permeables. Para ello se puede modificar la disposición de las personas en la sala acercando o separando a diferentes personas según el objetivo, incrementando el contacto entre miembros de la familia que están muy distantes, o estableciendo pautas para que un subsistema pueda resolver sus diferencias sin que otros intervengan. También suelen llevarse a cabo intervenciones para modificar disfunciones de jerarquía o de alianza insuficiente entre miembros de un subsistema. Para ello se puede pedir a la

pareja que hable sobre alguno de los temas planteados, impidiendo que los hijos intervengan aunque la interacción sea conflictiva, o apoyar a uno de los padres para que consiga que su hijo le obedezca en algo relacionado con la sesión (como que se siente en una mesa aparte y dibuje mientras los adultos hablan). Las tareas que se piden a la familia entre sesiones también pueden ser utilizadas para generar cambios en la estructura. Por ejemplo cuando se pide al padre que sustituya a la madre en la tutorización de los deberes del hijo y que le acompañe a los entrenamientos, se está fomentando la alianza entre padre e hijo.

4.2. Técnicas estructurales

En el curso de las fases señaladas en la intervención el enfoque estructural propone diversas técnicas, entre las que destacan:

Escenificación (enactments)

Son situaciones en que el terapeuta dirige a los miembros de la familia para que hablen o interactúen entre ellos con el objetivo de observar y modificar las pautas de interacción familiar (Minuchin, 1977; Nichols y Fellenberg, 2000). Es algo más que una técnica, es una actitud básica del terapeuta que aprovecha las situaciones presentadas para orientar a la familia a actuar en el aquí y ahora su relación, más que a hablar sobre ella (Simon, 1995). La puesta en escena es básica para promover el cambio en la terapia estructural. Partiendo del supuesto de que las familias y parejas en terapia necesitan activar patrones de relación que están latentes, la escenificación o puesta en escena crea momentos en la sesión en que los miembros de la familia interaccionan directamente entre sí de un modo diferente bajo la dirección del terapeuta. Esto les permite crear una experiencia relacional nueva y más funcional. Se experimenta durante la sesión otra forma de relacionarse que es más satisfactoria y adecuada a sus circunstancias actuales.

Los pasos de una puesta en escena son tres (Allen-Eckert, Fong, Nichols, Watson y Liddle, 2001):

Inicio de la escenificación-retirada del terapeuta.

La escenificación se inicia con una petición del terapeuta para que hablen de algún tema o desarrollen una interacción (“Explícale cómo te sentiste cuando…”, “Plantéale ahora las dificultades que tú ves para…”, “Haz que tu

hijo se ponga a jugar o pintar en esa zona…”). Cuando inicia esta interacción, el terapeuta se retira y deja que los miembros de la familia actúen como si estuvieran solos. Se ha demostrado que las escenificaciones son más útiles en la medida en que el terapeuta dirige a los participantes verbal y no verbalmente a interaccionar uno con otro (mueve sus sillas, y les pide que se giren uno hacia otro), cuanto más específico es sobre el tema del que deben hablar y cómo debe discurrir la conversación (escuchar al otro, preguntar cómo se siente…) y en la medida en que se retira de la escena y del diálogo (Nichols y Fellenberg, 2000).

Facilitación de la escenificación.

Una vez que los miembros de la familia han comenzado a hablar entre ellos, es preciso ayudarles a desarrollar patrones de comunicación y actuación diferentes. Para ello las actuaciones más eficaces por parte del terapeuta son: mantenerse retirado y animar a los participantes a que continúen con la interacción, animarles a expresar con más detalle lo que sienten y piensan, animarles a escuchar al otro o preguntarle lo que siente con respecto a sus intervenciones, y alabar el esfuerzo de las personas que participan.

Conclusión o cierre.

Consiste en dar una devolución a los miembros de la familia sobre lo que ha ocurrido en la escenificación para permitir su compresión de los procesos y potenciar el cambio. Es más efectiva si el terapeuta describe la dinámica problemática que ha tenido lugar cuando los miembros de la familia hablaban entre ellos, y si destaca el esfuerzo que han hecho en expresar sus sentimientos y en escuchar al otro y les felicita por ello. Lo más perjudicial es que el terapeuta cierre la escenificación simplemente cambiando de tema sin comentar la interacción.

Así pues, la puesta en escena es un proceso en el que el terapeuta propone un nuevo marco para la interacción y se retira para que la familia pueda experimentar con nuevas formas de relacionarse. A partir de estas dinámicas y experiencias nuevas que tienen lugar en la sesión se empieza a generar un cambio.

Trazado de límites

Con frecuencia la dinámica disfuncional en la familia está relacionada con la

existencia de límites excesivamente rígidos o excesivamente difusos. Algunas de las intervenciones más frecuentes pretenden incrementar la conexión y el contacto en familias desligadas, o la separación y distancia entre miembros y entre subsistemas, cuando son familias más aglutinadas.

En las familias muy conectadas el terapeuta utiliza diferentes técnicas para facilitar la diferenciación de los subsistemas y aumentar la autonomía de los individuos. Entre ellas está el impedir que hablen unos por otros, crear un espacio en el que las díadas puedan desarrollar su interacción sin interrupciones, o mover las sillas para bloquear o potenciar la comunicación entre algunas personas. Por ejemplo, entre una madre y una hija que están estrechamente unidas comienza a aparecer tensión por un desacuerdo. Cuando éste es interrumpido por otro de los hijos que interviene cortando la transacción, el terapeuta puede pedirle al chico que aparte su silla y las deje hablar o decirle “deja que ellas puedan terminar de hablar sobre sus desacuerdos”. En una familia con límites rígidos se puede pedir al hijo que acerque su silla y explique a sus padres cómo se siente cuando no cuentan con él para algunas cuestiones familiares.

Intensidad e inducción de crisis

Son intervenciones que utilizan el afecto para generar cambios en la jerarquía o los límites, especialmente cuando la familia no responde a otras técnicas.

La intensidad es una forma de hacer que la familia “escuche” el mensaje terapéutico cuando resulta difícil conseguirlo con otras intervenciones. El terapeuta modifica su estilo afectivo y su lenguaje para crear un efecto de mayor intensidad y resaltar el mensaje, por ejemplo a través de la repetición de un mensaje, del tono de voz, el ritmo y las palabras que utiliza para aumentar el dramatismo y romper con pautas rígidas de conducta. Si el terapeuta repite una misma pregunta varias veces a lo largo de la sesión, está transmitiendo la importancia de esa pregunta y la necesidad de atender a lo que encierra.

La inducción de crisis es una técnica utilizada con familias que evitan afrontar el problema y están presas en patrones rígidos de conducta. Es una forma de generar inestabilidad para provocar un cambio. Esta intervención

fuerza al sistema a afrontar temas esenciales y es por ello muy valiosa para reorganizarlo y permitir que emerjan pautas de interacción nuevas y más funcionales. La inducción de una crisis permite que el terapeuta y la familia aúnen sus fuerzas para afrontar y modificar el problema en una situación en que es urgente hacerlo y que la familia normalmente tiende a evitar (Fishman, 2006). Cuando la crisis se genera en la consulta el terapeuta puede guiar hacia patrones de interacción más funcionales. Una de las situaciones de inducción de crisis utilizadas en este enfoque se lleva a cabo con adolescentes anoréxicas: la "sesión de comida terapéutica" en la que se programa una comida en la sala de terapia y la familia, guiada por el terapeuta, debe hacer que la paciente coma. Así se trae a la terapia la situación más difícil y se provoca la crisis para generar pautas de conducta nuevas en la familia que ellos no son capaces de desarrollar por sí mismos en casa. Es una intervención muy intensa que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la anorexia nerviosa juvenil (Fishman, 2006).

Desequilibrio

El objetivo de esta técnica es modificar una relación existente que se muestra rígida al cambio, generalmente un ordenamiento jerárquico disfuncional o cuando una persona se ha convertido en el chivo expiatorio familiar. Supone que el terapeuta se pone del lado de uno de los miembros de la familia, habitualmente el que está en una posición de mayor debilidad, apoyándole y creando por lo tanto un desequilibrio. La alianza del terapeuta modifica la posición jerárquica de esa persona en el grupo familiar, permitiéndole cuestionar esa posición prescrita y explorar nuevas alternativas. Posteriormente el terapeuta compensa el desequilibrio apoyando a otros miembros de la familia.

Es una técnica que, en principio, va en contra de la neutralidad terapéutica. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el terapeuta se alía con un miembro para forzar un cambio en el subsistema, no para dar la razón a uno de los miembros; lo hace de forma temporal y con el objetivo final de reequilibrar el sistema y restaurar la neutralidad. El terapeuta puede, por ejemplo, apoyar y centrarse en uno de los padres que ha estado apartado del ejercicio de funciones parentales mientras el otro detentaba casi en exclusiva esas tareas.

De este modo puede transitoriamente alejar a uno de los progenitores para que el otro se haga cargo, con el objetivo final de equilibrarlos.

Potenciar los recursos y la competencia familiar

Esta técnica está relacionada con el énfasis en identificar los aspectos positivos de la familia y de los individuos que la componen. El terapeuta, además de hacer una evaluación de los aspectos disfuncionales, debe ir señalando los recursos personales y las interacciones positivas que se dan en la familia. Es especialmente importante identificar los pequeños cambios y éxitos que se van consiguiendo para ir amplificándolos. Así, el terapeuta puede ir señalando cómo un miembro de la familia es más capaz de hablar por sí mismo y otro consigue dejar de interrumpir. Por otro lado, la no intervención del terapeuta en ciertas interacciones también estimula la competencia familiar. Por ejemplo, haciendo que los padres controlen la conducta disruptiva de un hijo en sesión cuando está interrumpiendo la conversación o tirando los juguetes, en lugar de ser el terapeuta quien se haga cargo de intervenir en esa situación.

Intervenciones no verbales y uso de metáforas

El terapeuta estructural promueve el ensayo de nuevas interacciones en sesión, y por ello se apoya en técnicas que modifican aspectos no verbales tales como alterar la disposición espacial de las personas en la consulta, bloquear con gestos la intervención de algunos miembros, poner en pie a una persona a la que se quiere dar más poder, etc. La utilización de metáforas es muy habitual ya que permite confrontar a los miembros de la familia con lo que está ocurriendo sin que se pongan a la defensiva. Las metáforas deben describir lo que está ocurriendo y apuntar sus consecuencias. Minuchin las utiliza con frecuencia para describir los roles que desempeñan los miembros de la familia: a un hijo que tiene mucho poder le indicaría que “está sentado en los hombros de uno de sus padres”, a una mujer en alianza con sus hijos: “¿Cuándo se divorció de su marido y se casó con sus hijos?” o al padre que responde por su hijo de 19: “Es usted el banco de datos de la familia”.

5. Evidencia de su efectividad

La mayor parte de los estudios que analizan la efectividad no se focalizan en particular en la terapia estructural, sino en la terapia familiar sistémica en

general (Asen, 2002; Carr, 2009). Sin embargo, la terapia familiar estructural ha mostrado resultados exitosos en el tratamiento de población juvenil y en particular en el tratamiento de la anorexia nerviosa juvenil, el abuso de alcohol y otras drogas, en problemas emocionales y de conducta en la infancia y la adolescencia (Lindblad-Goldberg, Jones, Dore, 2004), en prevención de recaídas en trastornos psicóticos, y con trastornos del estado de ánimo (Asen, 2002; Szapocznik y Williams, 2000).

La terapia estructural no ha desarrollado un manual de tratamiento que permita convertirla en un tratamiento empíricamente contrastado; sin embargo, algunos de sus componentes forman parte de otros tratamientos que sí están manualizados, como la Terapia Familiar Estratégica Breve (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003), la Terapia Estructural Ecosistémica, la Terapia Familiar Multisistémica y la Terapia Familiar Multidimensional (Gehart, 2010; Liddle, 2003). Estos tratamientos han mostrado su efectividad en el abuso de sustancias y otras conductas problema en la adolescencia temprana (Liddle, 2003; Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003).

6. Lecturas recomendadas

MINUCHIN, S. (1979). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Gedisa. Es un libro básico en el que se describen los aspectos teóricos del modelo estructural y ejemplos que lo ilustran.

FISHMAN, H.C. (1994). *Terapia estructural intensiva. Tratamiento de familias en su contexto social*. Buenos Aires: Amorrortu. Este libro presenta un modelo de intervención breve basado en la terapia estructural, describiendo las cinco fases del proceso y que se aplica a diferentes contextos.

MINUCHIN. S. y FISHMAN, H.C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós. El libro plantea en primer lugar de forma resumida la teoría estructural del funcionamiento familiar para pasar a describir las técnicas estructurales de intervención. Presenta numerosos ejemplos de entrevistas familiares que son de gran interés.

MINUCHIN, S. y NICHOLS, M.P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós. En este libro se narran historias de familias: de su formación, problemas y dificultades y el modo en que consiguen cambiar y seguir adelante. En primer lugar Minuchin relata la

evolución de su propia familia de origen y su familia nuclear y, a continuación, la de otras familias con las que trabajó.

NICHOLS, M.P. y FELLENBERG, S. (2000). "The effective use of enactments in family therapy: A discovery-oriented process study". *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 143-152. Es un breve estudio a partir de entrevistas en las que se utilizan las puestas en escena en las que se señalan los aspectos que ayudan y los que obstaculizan el éxito de la terapia.

UMBARGER, C. (1987). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu. Descripción de las técnicas con ejemplos. Umbarger presenta claramente el diagnóstico estructural y las principales técnicas, con ejemplos de casos que analiza detalladamente.

Página web del Minuchin Center For The Family (publicaciones). Lista de las publicaciones más importantes para entender el modelo estructural. Algunas de ellas pueden descargarse en la página, http://www.minuchincenter.org/our_publications.

Bibliografía

ALLEN-ECKERT, H., FONG, E., NICHOLS, M.P., WATSON, N. y LIDDLE, H.A. (2001). "Development of the Family Therapy Enactment Rating Scale". *Family Process*, 40, 469-478.

ANDERSON, H. (1999). "Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family". *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 1–8.

APONTE, H. y VANDEUSEN, J.M. (1981). "Structural Family Therapy". En GURMAN, S. y KNISKERN, D.P. (Eds). *Handbook of Family Therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel (p. 310-360).

ASEN, E. (2002). "Outcome research in family therapy". *Advances in Psychiatric Treatment, 8*, 230-238.

CARR, A. (2009). "Effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems". *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.

COLAPINTO, J. (1998). "Structural family therapy and social responsibility. Presented at the *X World Family Therapy Conference* (Düsseldorf,Germany)". Descargado de http://minuchincenter.org/our_publications

COLAPINTO, J. (2007). *Back to the future. Reflections on Minuchin Families of the Slums*. Descargado de http://www.minuchincenter.org/our_publications

FISHMAN, H.CH. (2006). "Juvenile anorexia nervosa: family therapy´s natural niche". *Journal of Marital and Family Therapy, 32*, 505-514.

GEHART, D. (2010). *Mastering competencies in family therapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

GORELL-BARNES, G. (1998). "Time past and time present: linearities, circularities and life". *Journal of Family Therapy, 20*, 177-187.

HARE-MUSTIN, R. (1988). "Family change and gender differences: implications for theory and practice". *Family Relations, 37*, 36-41.

HOFFMAN, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

LEVY, J. (2006). "Using a metaperspective to clarify the Structural-Narrative Debate in Family Therapy". *Family Process*, 45, 55-73.

LIDDLE, H.A. (2003). *Multidimensional Family Therapy for Early Adolescent Substance Abuse Treatment Manual*. Descargado de http://www.chestnut.org/li/downloads/Manuals/MDFT_Manual_ATM_Study.

LINDBLAD-GOLDBERG, M., JONES, W. y DORE, M. (2004). *Effective family-based mental health services for youth with serious emotional disturbance in Pennsylvania. The ecosystemic structural family therapy model*. Descargado de http://www.parecovery.org/documents/FBMHS_2004.pdf

McGOLDRICK, M. (2011). "Becoming a couple". En McGOLDRICK, M., CARTER, B. y GARCÍA-PRETO, N. (Ed.). *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn and Bacon.

McGOLDRICK, M., CARTER, B., GARCIA-PRETO, N. (2011). *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn and Bacon.

MINUCHIN, S. (1996/7). "Es mucho más complicado. Entrevista a Salvador Minuchin". *Perspectivas Sistémicas*, 46. Descargado de http://www.red sistemica. com.ar/minuchin.htm

MINUCHIN, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Granica.

MINUCHIN, S. (1998). "Where is the family in narrative family therapy?".

Journal of Marital and Family Therapy, 24, 397-403.
MINUCHIN, S. y FISHMAN, Ch. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
MINUCHIN, S., MONTALVO, B., GUERNEY, B.G., BERNICE L., ROSMAN, B.L. y SCHUMER, F. (1967). *Families of the slums*. Nueva York: Basic Books.
MINUCHIN, S. y NICHOLS, M.P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
MINUCHIN, S., NICHOLS, M.P. y LEE, W. (2007). *Assessing families and couples. From sympton to system*. Nueva York: Allyn and Bacon.
MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L. y BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
NICHOLS, M.P. (2009). *Family Therapy. Concepts and methods*. Boston, MA: Pearson.
NICHOLS, M.P. y FELLENBERG, S. (2000). "The effective use of enactments in family therapy: A discovery-oriented process study". *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 143-152.
NICHOLS, M.P. y SCHWARTZ, R.C. (1998). *Family therapy. Concepts and methods*. Nueva York: Allyn and Bacon. Cap. 8: Structural Family therapy (241-269).
RASHEED, J.M., RASHEED, M.N., y MARLEY, J.A. (2011). *Family Therapy. Models and techniques*. Califronia: Sage.
SIMON, G.M. (1995). "A revisionist rendering of Structural Family Therapy". *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 17-26.
SZAPOCZNIK, J., HERVIS, O. y SCHWARTZ, S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Bethesda, Maryland: National Institute of Health. Disponible en http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/32.pdf
SZAPOCZNIK, J. y WILLIAMS (2000). "Brief strategic family therapy: Twenty-five years of Interplay among Theory, Research and Practice in Adolescent Behaviour Problems and Drug Abuse". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
TOMM. K. (1998). "A question of perspective". *Journal of Marital and Family*

therapy, 24, 409-413.

UMBARGER, C. (1999). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

VETERE, A. (2001). “Structural family therapy”. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*, 133-139.

WALSH, W.M. y McGRAW, J.A. (2002). *Essentials of family therapy*. Denver, CO: Love.

1 . Lynn Hoffman (1992) hace un análisis muy completo de las dinámicas familiares de formación de triángulos en el sistema familiar.

8
Terapia intergeneracional

Ana Lebrero Rosales
Alicia Moreno Fernández

Índice de contenidos

1. Orígenes del modelo

El modelo de terapia familiar intergeneracional surgió en Estados Unidos en los años 60 a partir del trabajo de dos psiquiatras con formación previa en psicoanálisis, Murray Bowen e Ivan Boszormenyi-Nagy, cuyas nuevas formulaciones teóricas tenían como objetivo explicar cómo los problemas emocionales se originan en el transcurso de la historia familiar y cómo se van perpetuando a través de las generaciones.

Murray Bowen (1913-1990) trabajó inicialmente como médico en el ejército, donde se orientó hacia la psiquiatría, que desarrolló inicialmente en la Menninger Clinic y posteriormente en el National Institute of Mental Health (NIMH). A partir de su interés en buscar las posibles raíces familiares de la esquizofrenia, comenzó a tratar a los esquizofrénicos junto con sus madres, siguiendo la hipótesis del supuesto vínculo disfuncional que la madre esquizofrenógena establecía con el paciente. Posteriormente amplió el foco de la díada a los posibles triángulos que se podían formar en la familia, incluyendo también en sus observaciones al padre y a los hermanos, y realizó una investigación pionera con familias que ingresaban junto con el hijo/a esquizofrénico en la planta de hospitalización. A partir de estas observaciones Bowen empezó a formular algunos de los conceptos básicos de su teoría, como el de "masa indiferenciada del yo familiar" y el de "diferenciación". Como veremos más adelante, la psicopatología se produce cuando la familia bloquea el proceso de diferenciación de sus miembros y la gravedad aumenta cuando este proceso se repite a lo largo de varias generaciones. Su teoría acabó teniendo una gran influencia en el campo de la terapia familiar sistémica, aunque Bowen siempre se vio a sí mismo más como un teórico e investigador que como un clínico (Wylie, 1991).

Bowen comenzó a trabajar en 1958 en la Universidad de Georgetown, desde donde siguió desarrollando el concepto de diferenciación del yo basándose no sólo en las familias que atendía sino en el trabajo personal que él mismo realizó para mantener su independencia emocional y de pensamiento en relación a su propia familia o los grupos o instituciones profesionales a los que pertenecía. Bowen consideraba que sólo quien hubiese desarrollado un adecuado nivel de diferenciación respecto a su familia de origen estaría

preparado para llegar a ser terapeuta familiar, y su propio programa de postgrado fue pionero en el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta.

Ivan Boszormenyi-Nagy (1920-2007) fue un psiquiatra y psicoanalista húngaro que desarrolló su carrera profesional en Estados Unidos, donde fundó el Family Institute of Philadelphia. Con su obra *Terapia Familiar Intensiva* (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1982) dio a conocer su modelo de "Terapia contextual". El término "contextual" hace referencia a las consecuencias que los hechos de una persona tienen sobre otra, o los de una generación sobre otra, o de un sistema sobre otro. Este modelo pone en relación la ética y la dinámica de las relaciones en el pasado, presente y futuro de las personas ligadas por lazos familiares (Boszormenyi-Nagy y Krasner, 1986). "Se trata de encontrar el sentido del yo en la continuidad y en el reconocimiento de la deuda que cada uno tiene con los que le han precedido" (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 140). Su gran aportación a la terapia familiar fue el concepto de *lealtad* asociado al de *justicia* en su libro más conocido, "Lealtades Invisibles" (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973). Al incorporar la vertiente ética y la justicia en las relaciones se evita cualquier actitud culpabilizadora hacia el sistema familiar.

Otros profesionales destacados en el enfoque intergeneracional han sido Michael Kerr, discípulo y colaborador de Bowen (Kerr y Bowen, 1988) y James L. Framo, discípulo de Nagy y conocido sobre todo por desarrollar un modelo de terapia de pareja que incluía sesiones con las familias de origen de ambos cónyuges (Framo, 1990, 1996).

Varias autoras hicieron también contribuciones significativas a la ampliación, difusión y aplicación práctica del modelo intergeneracional: Betty Carter y Mónica McGoldrick popularizaron el uso del genograma (McGoldrick y Gerson, 1985) y publicaron un manual fundamental para entender los cambios en los sistemas familiares a través de las fases del ciclo vital familiar (Carter y McGoldrick, 1999). Ambas autoras, junto con Harriet G. Lerner (1989, 1990), incorporaron una perspectiva social y de género al trabajo intergeneracional, partiendo de la idea de que los retos y obstáculos para alcanzar un buen nivel de diferenciación son diferentes en mujeres y hombres y en grupos sociales más o menos favorecidos. Bowen nunca

contempló las cuestiones de género y los valores y prácticas culturales dentro de su teoría, y tuvo una visión crítica hacia el trabajo de estas autoras. Ellas, sin embargo, siguieron considerándole su maestro y tuvieron un papel importante en la divulgación del trabajo clínico basado en el modelo intergeneracional.

2. Conceptos básicos del modelo

La noción básica de los modelos intergeneracionales es que, con frecuencia, las dificultades individuales, de pareja o de familia que ocurren en el presente, y sobre todo aquellas que se dan de forma recurrente, provienen de patrones relacionales disfuncionales que se perpetúan desde la familia de origen o incluso desde generaciones anteriores. Los conflictos o asuntos no resueltos (un corte radical en una relación, el rencor por no sentirse aceptado por los padres, un conflicto de lealtades, un duelo no elaborado, por ejemplo), y en general, la falta de una buena diferenciación respecto a la familia de origen, persisten cuando uno se independiza o forma su propia familia, y condicionan el tipo de vínculos y el nivel de funcionamiento que la persona alcanza en diversas áreas vitales. El cambio sólo podrá darse a partir de la comprensión y la actuación sobre esas poderosas fuerzas que van mucho más allá del individuo y de la situación presente.

2.1. Individualidad y conexión

La teoría de los sistemas familiares de Bowen considera a la familia como una unidad emocional y utiliza el pensamiento sistémico para describir las complejas interacciones que se dan dentro de ella. “Con frecuencia la gente se siente distante o desconectada de sus familias, pero eso es más un sentimiento que un hecho. Los miembros de la familia son influenciados tan profunda y mutuamente por los pensamientos, sentimientos y acciones de los otros, que pareciera como si vivieran bajo la misma “piel emocional”. Unos miembros solicitan a otros su atención, aprobación y apoyo y asimismo reaccionan a las necesidades, expectativas y malestar de los otros. Esta conexión y reactividad hacen que los miembros del sistema familiar sean interdependientes. Un cambio en el funcionamiento de una persona, previsiblemente, es seguido por cambios en el funcionamiento de otros. Las familias difieren en el nivel de interdependencia de sus miembros, pero éste siempre está presente en cierto

grado" (Bowen Center for the Family).

Esta unidad emocional que representa la familia fue denominada también "masa indiferenciada del ego familiar" (Bowen, 1989), una identidad familiar con la que cada miembro está profundamente comprometido y que le proporciona un sentimiento de unión, frecuentemente observado en sesiones familiares a través de frases como "*nosotros* los Pérez…", "para *nosotros* es muy importante…" Por ejemplo, en una primera sesión con una familia (padres, hija de 24 años, hijo de 17), escuchamos decir a la madre: "mi familia se está rompiendo, ya cada uno va a lo suyo, no como antes que íbamos juntos a todas partes y lo pasábamos tan bien". En la frase vemos el valor que se da a la *fuerza de unión.* Sin embargo la familia está entrando en una fase del ciclo vital en la que es necesaria la *fuerza de individuación* para realizar cambios evolutivos.

La fuerza que tiende hacia la vinculación y la afiliación con las personas significativas se complementa con la fuerza de la individualidad, que nos empuja a definir nuestro self como independiente de otros. Ambas tendencias, a la conexión y a la autonomía, son parte fundamental de la condición humana y se da entre ellas una permanente tensión y búsqueda de equilibrio (Gilbert, 1992). La individualidad nos impulsa a seguir nuestros objetivos, ser nosotros mismos, crear nuestra propia identidad. La conexión nos orienta a ser parte del grupo, sentirnos unidos y vernos como similares a los otros. Cuando esas dos fuerzas se equilibran, el resultado son relaciones en las que mantenemos nuestro sentido de individualidad a la vez que permanecemos emocionalmente o físicamente cercanos al otro, especialmente cuando se trata de personas significativas (Schnarch, 2011). Por el contrario, perder individualidad para conseguir cohesión, o renunciar a los vínculos emocionales para mantener el sentido de independencia son, ambas, señales de baja diferenciación o "fusión".

2.2. Emocionalidad y racionalidad

La teoría de Bowen propone también otra relación dialéctica entre los sistemas emocional y racional. Los seres humanos desarrollamos patrones de respuesta emocional a partir de experiencias en las etapas tempranas de la vida. Esas emociones, a la vez que permiten inicialmente la adaptación al entorno,

pueden ser posteriormente difíciles de manejar cuando aumenta su nivel de intensidad, puesto que generan reacciones automáticas que se van pasando de un individuo a otro como en una especie de conexión eléctrica. Y esto ocurre sobre todo cuando el individuo o el sistema se ven amenazados, por ejemplo, frente a una posible pérdida o a la aparición de diferencias en la relación que resultan difíciles de manejar. En esos casos, la tendencia es intentar incrementar la fuerza de la cohesión, y que las personas significativas piensen, sientan y se comporten de forma semejante para rebajar el nivel de ansiedad del individuo.

Frente a las actuaciones llevadas a cabo por el sistema emocional, basadas en impulsos, los seres humanos disponemos además de la corteza cerebral que nos aporta la capacidad para pensar, razonar, reflexionar, planificar nuestras metas y tener una visión más amplia, con más opciones de elección para responder y manejar controladamente las emociones.

2.3. Diferenciación del self

Es el concepto clave en torno al cual gira toda la teoría de Bowen. A nivel *interpersonal*, implica equilibrar las dos fuerzas vitales básicas: la individualidad y la conexión con otros, estableciendo un sentido sólido de la propia individualidad en el contexto de la relación (Mc Goldrick y Carter, 1999). La persona diferenciada puede "estar emocionalmente próxima a los demás sin que ello suponga fusiones emocionales o pérdidas de identidad" (Bowen, 1989, p. 111). En cambio, la persona con un bajo nivel de diferenciación es muy reactiva emocionalmente a los dictados de los miembros de la familia o a las expectativas de personas significativas y reacciona ante ellos adaptándose o rebelándose (las dos caras de la misma moneda). Intenta dominar o controlar al otro para que se adapte a sus propias ideas o necesidades, o bien cede parte de su "self" para someterse al otro y evitar conflictos (Lerner, 1990).

A nivel *intrapsíquico* la diferenciación del self supone la capacidad de tomar conciencia y distinguir los pensamientos de las emociones, viviendo éstas con intensidad y pensando con claridad antes de actuar. Por el contrario, un bajo nivel de diferenciación en esta área implicaría perder la capacidad de pensar con claridad, actuando de forma reactiva movidos por la ansiedad o la

intensidad emocional; o bien, adoptar una actitud excesivamente racionalizadora, evitando el contacto y la comprensión tanto de las emociones propias como ajenas. La diferenciación a nivel instrapsíquico también implica adquirir una visión realista de uno mismo, de los propios valores, prioridades, necesidades, etc., y construir metas vitales propias, que no excluyan la relación con otros ni dependan de ellos. Significa pensar y funcionar por uno mismo sobre la base de sus valores y creencias, con una actitud abierta y flexible. Al hacerse responsable de uno mismo, uno es "activo" en lugar de "reactivo", y centra su energía en cambiarse a sí mismo en lugar de intentar cambiar a los demás.

Para señalar las diferencias entre unas personas y otras en su funcionamiento emocional y cognitivo así como en su capacidad de autonomía y conexión, Bowen ideó el constructo teórico de la escala de diferenciación (Bowen, 1979). Según esta escala:

Niveles de 0 a 25 corresponderían a personas con un nivel profundo de *fusión del yo* y *escasa diferenciación*, con incapacidad para diferenciar el sistema afectivo del intelectivo. Son personas que viven en un mundo de sentimientos o que por el contrario han perdido por completo la capacidad de sentir. Su grado de reactividad es muy elevado. Crecen como apéndices dependientes de la masa del yo familiar y en el curso de sus vidas buscan otros vínculos de dependencia que les den en préstamo la fuerza suficiente para funcionar. Se adaptan con gran dificultad y suelen estar en permanentes desequilibrios emocionales, llegando incluso en los casos más graves a la psicosis.

Niveles 25 a 50 indicarían un sí mismo poco definido; personas muy sensitivas y dependientes, que responden emocionalmente a la armonía o la discrepancia de los que le rodean y que dedican mucha energía a buscar amor y aprobación. Pueden tener creencias y opiniones provenientes del sistema intelectivo, pero suelen expresarlo en forma de autoritarismo dogmático, de complacencia de discípulo o de oposición rebelde. Cuando están sometidos a altos niveles de ansiedad pueden desarrollar problemas de conducta o síntomas neuróticos.

Nivel de 50 a 75 corresponden a personas con opiniones bastante definidas

en temas vitales importantes. Dirigen su energía a objetivos propios. Cuando ven amenazado su equilibrio pueden inclinarse al conformismo, para evitar así desagradar a los demás. En momentos de tensión pueden desarrollar síntomas, aunque suelen solucionarse con rapidez.

Nivel de 75 a 100 indican un alto grado de diferenciación; personas seguras de sus opiniones y convicciones y a la vez capaces de escuchar y apreciar los puntos de vista de los demás y ser flexibles en sus creencias. Respetan el sí mismo y la identidad de los demás sin ser críticos ni intentar cambiarles. Asumen la responsabilidad de sí mismas y de sus acciones.

El nivel básico de diferenciación del self forma parte estable del funcionamiento de cada individuo y es producto de su historia multigeneracional y del nivel de desarrollo que el sistema le ha permitido conseguir. Complementario a este nivel *básico*, estaría el nivel *funcional* de diferenciación o “pseudo” self (Bowen, 1979; Kerr y Bowen, 1988), que refleja el nivel de diferenciación aparentemente superior o inferior que presenta una persona temporalmente, en función de determinadas circunstancias o relaciones adversas o favorables. El pseudo self o self funcional es la parte del self que se “negocia” (se pierde o se gana) cuando aumenta la ansiedad en el sistema (Gilbert, 1992). Por ejemplo, en ciertas relaciones complementarias, la dependencia o disfuncionalidad de la persona que “pierde” self contribuye a que la otra, que ejerce el rol de cuidadora, tenga aparentemente un funcionamiento más maduro y “gane” self.

Aunque las circunstancias vitales que facilitan o dificultan la diferenciación del self son únicas en cada individuo y familia, algunas autoras (Lerner, 1989, 1990; McGoldrick y Carter, 1999; Walters et al, 1996) han señalado que las diferencias en las condiciones sociales y las expectativas asociadas a los roles de género en hombres y mujeres condicionan los aspectos en los que esa diferenciación se ve dificultada en cada grupo. Por ejemplo, la dependencia o desventaja económica de las mujeres en la pareja tradicional contribuye a que les resulte más difícil negociar en la relación desde una posición de igualdad, ya que tienen más que perder si se ve amenazado el status quo. El rol de género femenino invita a las mujeres a centrarse en el cuidado emocional de otros en lugar de hacerse cargo de sí mismas, relegando así sus proyectos vitales

personales o la satisfacción de sus propias necesidades; por el contrario, el rol de género masculino enfatiza los logros y la imagen de autonomía y autosuficiencia, a costa precisamente de una menor conexión emocional consigo mismo y con los demás.

La película "Shame" (dirigida por Steve McQueen en 2011) ofrece un buen ejemplo de cómo la falta de diferenciación puede manifestarse de forma muy diferente en hombres y mujeres. El protagonista de la película es adicto al sexo, está enganchado a pornografía en Internet, se masturba y tiene encuentros sexuales con desconocidas de forma compulsiva. Evita cualquier contacto emocional y no tiene ninguna relación significativa, de pareja o amistad. Cuando su única hermana, con la que habitualmente evita tener contacto, aparece en su casa a pedirle ayuda, su nivel de ansiedad (y su compulsión) se disparan, puesto que no puede tolerar su exceso de emocionalidad y actitud tan dependiente hacia él y los hombres de los que permanentemente se "engancha". En la película queda implícito que ambos fueron víctimas de unos padres muy dañinos, y que no han tenido ningún otro vínculo familiar protector. Desde el punto de vista de la diferenciación, podemos plantear que ambos tienen un nivel similar: el "enganche" emocional de ella y el "enganche" sexual de él y su "alergia" a los vínculos afectivos serían las dos caras de la misma moneda, los extremos de fusión o hiper-individualidad que representan de forma exagerada y estereotipada los roles característicos de hombres y mujeres con una baja diferenciación. Él desconecta de sus emociones y de todo contacto personal significativo (cut-off), dando una imagen de triunfador seguro de sí mismo centrado en sus logros profesionales. Ella, por el contrario, parece una persona desbordada por sus necesidades de dependencia, sin capacidad para pensar con claridad ni hacerse cargo de su vida, cuya responsabilidad deposita en otros (en este caso, en su hermano igualmente frágil e incapaz de tolerar la intensidad de un vínculo afectivo).

2.4. Consecuencias de la baja diferenciación

En familias o sistemas con un bajo nivel de diferenciación, especialmente cuando se produce un nivel de estrés más elevado del que el sistema puede tolerar, la tensión emocional circula en el sistema a través de determinados patrones de relación que Bowen describió como *manifestaciones del sistema*

emocional de la familia nuclear (Bowen, 1979).

Conflicto en la pareja

Cuando se da el patrón de relación conflictivo en la pareja, ninguno de los cónyuges cede ante el otro en asuntos decisivos; invierten mucha energía emocional en la otra persona. El ciclo es: proximidad intensa a través de conflictos, seguida de distancia emocional marcada por la reconciliación, que da comienzo a otro ciclo (Bowen, 1989, Vol. I). Es un patrón de relación caracterizado por las críticas y la culpabilización mutua, en el que cada cónyuge se enfoca más en el otro que en sí mismo y le convierte en el centro de su malestar. Cuando la diferenciación es baja, tanto la proximidad como la distancia son una amenaza: si me acerco demasiado, “me atrapas”, si me distancio demasiado, “te pierdo”; o “necesito el contacto” pero “temo que me absorbas”.

Distancia emocional y cut-off

Otra forma diferente de manejar la ansiedad o intensidad emocional se da en la pareja cuando los cónyuges dejan de comunicarse abiertamente acerca de temas importantes; se establece entre ellos el silencio y la distancia y cada uno tiende a volcarse en personas o actividades ajenas a la relación. Evitan el conflicto (y la intimidad) compartiendo poco de sí mismos e intentan así ganar un cierto control sobre sus emociones y tomar distancia de problemas de la relación que son difíciles de abordar.

La distancia puede también mantenerse mediante el ciclo repetitivo de perseguidor-distante, de forma que un cónyuge intenta acercarse al otro de una manera demandante y ansiosa, volcando en él toda la responsabilidad de la relación, y esto contribuye a que el otro cónyuge, desde su propia dificultad para manejar esa intensidad emocional y asumir su parte de responsabilidad en la relación, se sienta acosado y se distancie aún más (Lerner, 1989).

En las relaciones entre padres e hijos adultos, éstos a veces se distancian de la familia sin haber logrado un nivel aceptable de diferenciación. Mediante mecanismos internos (silencio o retraimiento) o a través de la distancia física, algunas personas mantienen relaciones superficiales con los miembros de su familia de origen, aunque en realidad están muy implicados emocionalmente en el sistema familiar y no saben cómo manejar esa relación; se han

independizado sin haberse *individualizado*. En casos extremos esta distancia conduce al corte en la relación o cut-off, "cuya manifestación principal es la negación del apego y el fingimiento de una elevada autonomía" (Bowen, 1979, p. 73). Cuanto más intensa sea la desconexión, más posibilidades hay de que tenga un impacto en las siguientes generaciones. Por ejemplo, un joven adulto que corta totalmente el contacto con un padre crítico o negligente, tenderá a depositar en su pareja o en sus hijos esa necesidad de aprobación o cuidados que no recibió en su día, de forma que estas relaciones se verán sobrecargadas con la intensidad emocional no resuelta.

Disfunción en uno de los cónyuges

En las parejas y otras díadas, el bajo nivel de diferenciación puede manifestarse a través de una relación complementaria en la que uno aparece como hipo-funcional o disfuncional (*underfunctioning*), y el otro como superfuncional (*overfunctioning*). En estos casos, un cónyuge funciona a expensas del otro, del que "toma prestado" parte del sí mismo; cuanto más dependiente, inseguro o irresponsable se muestra uno (por ejemplo, alcohólico, deprimido o con pocos recursos emocionales), más independiente, seguro de sí o responsable parece el otro, que asume el rol de cuidador, salvador o triunfador. Ambos roles son complementarios y aunque muestran distintos niveles de funcionamiento, corresponden a niveles de diferenciación similares. El súper-funcional actúa como si supiera siempre lo que es mejor para los demás; acude a rescatar, aconsejar y hacerse cargo de todo en momentos de tensión; tiene dificultad para mantener la distancia y dejar que los demás se enfrenten con sus propios problemas y evita así preocuparse por sus propias dificultades y objetivos personales, o compartir sus aspectos más vulnerables (Lerner, 1989; 1990). El disfuncional, por su parte, es el que cuando se ve sometido a tensión se vuelve menos competente o actúa irresponsablemente, con lo que invita a la otra persona a hacerse cargo de la situación; suele convertirse en el foco de preocupación o ansiedad en la familia, tiende a dejar que otros se hagan cargo de él en lugar de tomar sus propias decisiones, y en ciertas áreas de su vida no tiene principios o proyectos definidos, siendo el candidato ideal para desarrollar problemas mentales o físicos (Gilbert, 1992; Lerner, 1990). Un caso extremo de esta

díada de reciprocidad súper-adecuada/inadecuada es la del paciente psiquiátrico con su cuidador principal en la familia, tal como observó Bowen en sus estudios sobre la esquizofrenia (Bowen, 1979).

Problemas en uno de los hijos

La ansiedad de los adultos puede focalizarse en alguno de los hijos: los padres se preocupan excesivamente por un hijo, del que tienen una imagen distorsionada, ya sea idealizada o negativa. En la medida en que los padres se fijan en él, el niño/a también vive pendiente de ellos y reaccionará más que sus hermanos a las actitudes, necesidades y expectativas de los padres. El resultado de este proceso es que el hijo más apegado a los padres se convierte en el objeto de la proyección familiar (Bowen, 1989), y alcanzará un nivel más bajo de diferenciación, viendo dificultado su desarrollo en áreas como su rendimiento académico, sus relaciones sociales e incluso su salud (Bowen Center for the Study of the Family). En cambio, “los hermanos que crecen relativamente ajenos al proceso de proyección, pueden emerger con un nivel de diferenciación básico más elevado que el de los padres” (Bowen, 1989, p. 195).

Triángulos

La díada es el sistema más inestable y en momentos de crisis o ansiedad suele involucrar a un tercero, de forma que la tensión inicial se alivia. Por ejemplo, una pareja en conflicto puede formar un triángulo implicando a un hijo, un amante, la adicción al trabajo o al alcohol, o un miembro de la familia de origen. Los triángulos se dan permanentemente en todos los sistemas relacionales y pueden ir cambiando su composición o la relación entre sus participantes; suelen ser temporales y sirven como vía de escape hasta que la situación se calma y el problema original puede abordarse. Los triángulos son problemáticos cuando se convierten en una pauta de interacción fija, mantenida en el tiempo, en la que el conflicto original nunca llega a abordarse y puede quedarse estancado. “Los triángulos son una distracción estabilizadora” (Guerin et al, 1996, p. 25). También los profesionales de ayuda pueden quedar “triangulados” al intervenir con parejas o familias en conflicto. En algunos casos esto puede agravar o perpetuar el problema (por ejemplo, un cónyuge que busca en su terapeuta individual un aliado en su posición de víctima frente

al otro cónyuge) o puede, por el contrario, ayudar al sistema a regularse cuando ha llegado a un punto de tensión insoportable.

Cristina, adolescente de 14 años empieza a delinquir robando junto a un grupo de amigos. Acaba ingresada en un Centro para Menores. Una vez allí, se relaja y mejora sus resultados escolares. Sus padres que, aun después del divorcio, mantenían una relación cargada de violencia, son convocados por el personal del Centro que les ayuda a negociar límites semejantes para cuando la niña vuelva a sus casas. El Centro en este caso actúa como el tercero del triángulo (función que cumplía la niña), y regula la tensión de manera controlada y funcional.

2.5. Proceso de transmisión multigeneracional

Los patrones relacionales descritos anteriormente pueden transmitirse de una generación a otra, influyendo en el nivel de diferenciación que se alcanzará. La teoría de Bowen plantea que los hijos desarrollan niveles de diferenciación similares a los de los padres, aunque en algunos casos pueda haber variaciones entre los hermanos debido al proceso de *proyección familiar*. En una familia los padres proyectarán parte de su inmadurez en uno de los hijos, mientras que suele haber otro hijo que crece relativamente ajeno a las presiones emocionales de la masa del yo familiar. Esto determina que en cada generación haya hijos que progresan en la escala de diferenciación y otros que retroceden. Dado que las parejas se suelen elegir por tener un nivel de diferenciación similar, esto implica que el hijo más sano establecerá una mejor relación de pareja y a su vez sus hijos tendrán un mayor nivel de diferenciación, mientras que en el caso del hijo menos diferenciado, su pareja y descendientes reflejarán también ese tipo de relación fusionada, llegando en el caso extremo, y después de algunas generaciones, a la esquizofrenia (Bowen, 1989). Las características de los hijos, el rol que juegan en la familia y la posición que ocupan en la fratría, influirán en el nivel de diferenciación alcanzado.

En la película “Te doy mis ojos”, de Icíar Bollaín, la protagonista, una mujer maltratada física y emocionalmente por su marido, es la hermana mayor parentalizada, que en su familia de origen se hizo responsable de apoyar a su madre frente al maltrato del padre, cuidar a éste cuando estuvo enfermo y

proteger a la hermana menor. Gracias a ello la hermana menor creció mucho más libre y ajena a los problemas familiares, pudo independizarse antes y desarrollar un mayor nivel de diferenciación. Esta diferencia se refleja en los cónyuges que eligen ambas hermanas: un hombre maltratador al que cuidar y complacer, o un hombre con un rol mucho más igualitario, respectivamente. El marido maltratador ocupa en su familia de origen un lugar similar al de su mujer, ya que es el hijo que "sacrifica" parte de su yo y se ve atrapado por la presión familiar, teniendo que hacerse cargo del negocio familiar e incluso ayudando al hermano a construirse un chalet, aunque nunca llega a sentirse valorado o reconocido por ello (su hermano le menosprecia). Vuelca entonces esa frustración en su relación de pareja, intentando ahí ocupar una posición dominante ("tomando prestado" el self de su mujer) que compensa su falta de diferenciación en su familia. La protagonista comienza a dar pasos hacia una mayor diferenciación, reconociendo cómo ha acabado repitiendo el rol de víctima de su madre, atreviéndose a hablar de temas conflictivos con su madre y hermana, cambiando su posición en su familia de origen y definiendo sus propios proyectos vitales y prioridades. Su marido, que sigue sin asumir responsabilidad por sí mismo y la sigue volcando en su familia o en su mujer, intenta recuperar el control mediante una escalada en su comportamiento abusivo, que es el punto de inflexión para que la protagonista rompa la relación.

2.6. Lealtades familiares y el principio de justicia

Los conceptos de lealtad y de justicia (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983; Boszormenyi-Nagy y Krasner, 1986) contribuyen a explicar cómo operan las fuerzas intergeneracionales en el seno de las relaciones familiares y ofrecen un punto de vista complementario a los planteamientos de Bowen sobre el proceso de diferenciación y su transmisión intergeneracional.

Lealtades familiares

Para Boszormenyi-Nagy, el concepto de *lealtad* hace referencia a las expectativas que se generan en el *contexto* de las relaciones familiares a lo largo de su historia, y que conllevan una serie de obligaciones y de méritos que incluyen a todos sus miembros. Todo compromiso de lealtad familiar lleva asociados tanto un sentido del deber como uno de ecuanimidad y justicia,

siendo ésta la dimensión ética de las relaciones. Todo sistema lucha por su supervivencia para “permanecer”. El sistema familiar pide a sus miembros lealtad, lo cual permite que el propio sistema continúe existiendo y contribuye a su “permanencia” (supervivencia). Esa lealtad conlleva la interiorización de sus propias leyes y en relación a ellas el cumplimiento de una serie de obligaciones. Así, como sistema garantiza su existencia. La lealtad es una profunda fuerza motivacional del sistema y complementariamente también lo es la culpa; no una culpa neurótica, sino la que se genera por el incumplimiento de las expectativas del grupo, y, en consecuencia, de las obligaciones existenciales generadas a través de generaciones. Se considera que un cierto grado de adaptación a las leyes familiares contribuye a la salud del individuo, mientras que su adhesión “incondicional” le impide el acceso a su individuación (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

La *lealtad*, en cuanto fuerza reguladora, incluye por ejemplo, la obligación de los padres de atender las necesidades de su hijo recién nacido. De manera que antes de empezar a actuar cada individuo ya tiene un balance previo en el que se han registrado la consagración o el descuido que sus padres han tenido hacia él. Tanto las expectativas como las obligaciones evolucionan a lo largo del ciclo vital familiar, en el que van desarrollándose “nuevos balances de las obligaciones de lealtad”. Esto permite el proceso de individuación, que culmina en lo que Boszormenyi-Nagy (1982) denomina “reenvolvimiento” (cuando la energía se orienta hacia las futuras relaciones). Los hijos al hacerse adultos darán prioridad a las lealtades horizontales, es decir los compromisos con su propia familia nuclear, frente a las lealtades verticales respecto a su familia de origen.

Cuando el sistema de lealtades es muy rígido, se da el llamado “estancamiento relacional” (el sistema no avanza hacia la separación, sino que permanece en estado de fusión). Los miembros de la familia, en este estado, tienen dificultades para invertir su energía en nuevas relaciones externas al sistema y en nuevos compromisos y a veces mantienen las lealtades verticales mediante, por ejemplo el fracaso en algún área de su vida o en posteriores relaciones.

Loli y Carlos acuden a terapia porque tienen numerosas peleas y “parece”

que es eso lo que impide que tengan relaciones sexuales. Se plantean incluso separarse. Habían hablado de tener su primer hijo y lo han pospuesto hasta decidir si se separan o no. En el transcurso de la sesiones, Loli habla de lo "brillante sexualmente" que ha sido siempre su madre en su matrimonio (lo ha escuchado desde pequeña). Su planteamiento es que con unas relaciones sexuales insatisfactorias y tantas peleas no pueden avanzar un paso más en la construcción de su familia (tener un hijo). Uno de los aspectos que se trabajan en el transcurso de la terapia es la lealtad de Loli hacia su madre, expresada a través del fracaso de su propia relación sexual y la dificultad para el compromiso con su familia nuclear.

El principio de justicia

El concepto de *lealtad* lleva asociada una contabilidad de méritos y obligaciones en un invisible *libro mayor de justicia* que registra todas las actuaciones pasadas y presentes de los miembros de la familia. Lo que uno da (*méritos*) y lo que uno recibe (*créditos*) ha de estar en equilibrio, aunque no necesariamente de continuo; de no ser así se producirá un desequilibrio y su resultado serán los "síntomas". En la relación padre-hijo, "todo padre se encuentra comprometido en una posición de obligaciones *asimétrica* hacia el recién nacido" (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983, p. 74). Al atender las necesidades del hijo, el padre o la madre están realizando un mérito que se inscribe en el registro de cuentas como tal. Este hijo va acumulando deuda hacia la generación anterior y podrá saldarla a través del cuidado de su propia prole, o estando disponible para atender las necesidades de sus padres cuando éstos lleguen a su ancianidad. La relación de pareja, en cambio, requiere *reciprocidad* en un mutuo *toma y daca* en el que se espera que cada uno esté disponible para el otro, incluso realizando "puntualmente" funciones parentales en momentos de vulnerabilidad del compañero.

Se generan desequilibrios en ese balance relacional en la pareja o en la relación padres-hijos cuando se da de manera permanente el fenómeno de *parentalización*, en el que se depositan en el cónyuge o en un hijo la ejecución de funciones parentales que no le corresponden. La *parentalización* de un hijo es una forma de *explotación* y genera un desequilibrio en el balance, que se transmite a las siguientes generaciones: es posible que este hijo parentalizado

se convierta en un padre explotador que pida a sus propios hijos que cubran la necesidad de afecto, cuidado y protección que no pudieron satisfacer sus propios progenitores.

3. Visión global del proceso terapéutico

3.1. Objetivos de la terapia

El objetivo global de un proceso terapéutico orientado desde el modelo intergeneracional es ayudar al individuo, pareja o familia a convertirse en expertos en sí mismos y en el funcionamiento del sistema relacional (Bowen, 1979), de forma que desde esta nueva perspectiva y comprensión sistémica de sus problemas actuales, aumenten sus niveles de diferenciación. Esto permitirá "desarrollar relaciones personales auténticas con cada miembro de la familia, cambiando la parte que uno juega en los patrones emocionales repetitivos y disfuncionales, hasta el punto en que uno pueda manifestar, de forma calmada y no reactiva, su visión personal de temas emocionalmente relevantes, independientemente de quién está a favor o en contra de sus ideas" (Carter y Mc Goldrick, 1999b, p. 444) y sin perder el contacto con las personas significativas. Así, cada persona podrá salir de la posición de dependencia en la que deposita en otros miembros de la familia la culpa (en general, en unos padres que se perciben como inadecuados), busca su apoyo o aprobación, o sigue aferrado o enganchado en determinadas creencias, mitos o expectativas familiares, y desarrollará un self con unas fronteras bien definidas, haciéndose verdaderamente responsable de sí misma, aclarando y desarrollando sus propios valores, creencias y proyectos vitales (Gilbert, 1992). Para ello será necesario abordar los temas pendientes, duelos no resueltos, conflictos de lealtades o cortes emocionales con la familia de origen (Aylmer, 1986). El objetivo es, por tanto, mejorar tanto la individualidad como la capacidad de conexión, facilitando un encuentro auténtico Yo-Tú que permita las relaciones recíprocas y el crecimiento de todos los miembros del sistema, para que avancen hacia las fases de separación y finalmente el *reenvolvimiento* en otras relaciones (Boszormenyi-Nagy, 1982).

3.2. El rol del terapeuta

Coaching y aprendizaje

La terapia desde el modelo intergeneracional es un proceso de aprendizaje o de investigación acerca del propio sistema familiar, a partir del que las

personas que consultan, con la ayuda del terapeuta, emprenden acciones destinadas a cambiar sus patrones habituales de relación con las personas significativas (Bowen, 1979; Kerr y Bowen, 1988; McGoldrick, 1995). Bowen recomienda sustituir el rol habitual de terapeuta por una actitud inicial de "asesor" y posteriormente de "supervisor" de los cambios de la familia. Por el contrario, cuando el terapeuta se permite convertirse en "curador" o "protector", la familia entra en disfunción, en espera de que él realice su trabajo (Bowen, 1979, p.32). El terapeuta entrena o acompaña al paciente para que cambie la parte que juega en las relaciones familiares, diseñando tareas que éste llevará a la práctica con la familia nuclear o de origen. Siguiendo la analogía del entrenador deportivo, "actúa como un entrenador (coach), manteniéndose al margen del juego, teniendo en cuenta una perspectiva amplia de todo el campo, aconsejando estrategias, observando las reacciones, fortalezas y debilidades. El coach apoya a los jugadores, pero el trabajo y la responsabilidad de alcanzar sus objetivos está en ellos" (McGoldrick y Carter, 1999b, p. 436).

La labor del terapeuta intergeneracional incluye un componente educativo importante. "Cuanto más aprende un terapeuta de una familia, más esa familia aprende de sí misma y cuanto más aprende esa familia, más aprende el terapeuta" (Bowen, 1979, p. 9). Se trata de que incorporen una perspectiva sistémica acerca de sí mismos y de los sistemas de los que forman parte; en palabras de Bowen (citado en Rodriguez y Kerr, 2011): "una forma de pensar que se convierte en una forma de ser". Cada persona asume así su parte de responsabilidad a la hora de decidir si cambia o no su participación en el sistema.

Neutralidad. Posición desde el Yo

"El aspecto más importante de la terapia depende del funcionamiento emocional del terapeuta, su capacidad para mantenerse neutral" (Bowen, 1989, vol. II, p. 44). Tanto Bowen como Boszormenyi-Nagy (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983) consideraron que la clave del trabajo terapéutico, mucho más allá de las técnicas, era el nivel de diferenciación que hubiese alcanzado el terapeuta en relación a su propia familia de origen, que le serviría para conducir a la familia hasta ese mismo nivel. Esta postura diferenciada o

"posición desde el Yo" permite al terapeuta controlar su propia reactividad emocional, mantener una postura calmada, y evitar las triangulaciones. Bowen insistía en que el terapeuta debe mantenerse neutral, al margen del sistema, y actuar como consultor, sin dejarse arrastrar al campo emocional familiar. Ha de desarrollar una relación que facilite el contacto con la realidad, abierta, cercana y respetuosa con la persona o personas que vienen a consulta (Carter y McGoldrick, 1999b), facilitando que se expongan los temas dolorosos que pueden esconder heridas de vergüenza y culpas y ayudando a la familia a explorar su balance de méritos y obligaciones (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983).

Para Boszormenyi-Nagy los aspectos más importantes de la figura del terapeuta frente a la familia son "su intención de ocuparse del bienestar emocional y el crecimiento de cada uno de ellos". Mediante una postura de "parcialidad multidireccional" se pone primero del lado de uno y luego del lado del otro (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973, p. 215), apoyando la expresión de posibles sentimientos de explotación, pero también buscando actuaciones para reequilibrar el balance. El terapeuta ofrece su *disponibilidad*, aunque ha de tener cuidado para evitar que la familia delegue en él toda la responsabilidad del cuidado parental; si bien esto les aliviaría al principio, podrían llegar a vivirlo como una deslealtad hacia sus propios padres. Además ha de mostrar un profundo interés acerca de la familia extensa y vencer su deseo inicial de ser el salvador y "rescatar al chivo emisario", el cual tenderá a rechazar este rescate, ya que también a él le afecta la pérdida del rol asignado. Mientras que los victimarios se cargaron de culpa en esa explotación, la víctima quedó exenta de ella. Esto le convirtió en el más fuerte del sistema: el "perdedor resulta ser ganador".

3.3. El proceso terapéutico

El trabajo terapéutico intergeneracional se centra en tres focos: el problema relacional actual, el self y el contexto familiar más amplio. Se abordan los problemas motivo de consulta, conectándolos con la historia intergeneracional en la que surgieron las pautas disfuncionales (Aylmer, 1986). Se enfoca el proceso (no tanto el contenido) y se investiga cómo la ansiedad circula en el sistema y qué pasos da cada uno en esa "danza circular".

Los principios de la terapia intergeneracional se pueden aplicar en una variedad de *encuadres*: individual, pareja, familia o grupos de parejas o familias, partiendo de la base de que si uno de los elementos del sistema cambia, inevitablemente se producirá un cambio en el resto del sistema. Independientemente de quiénes acudan a consulta, el terapeuta deberá tener presente la interrelación entre los distintos niveles sistémicos: el individuo, la pareja o familia nuclear, y el sistema más amplio (familia extensa y familia de origen).

Terapia familiar

La terapia familiar, tal como describen Boszormenyi-Nagy y Spark (1983), suele iniciarse en un momento de “estancamiento relacional”. El primer objetivo es conseguir que acepten que el trabajo terapéutico se enfocará al conjunto de la familia y no sólo al miembro designado como problemático. El terapeuta transmitirá tranquilidad y confianza y recogerá los aspectos más sanos que toda familia posee, contrarrestando así la desesperanza de la familia (“para qué remover más”; “si seguimos nos vamos a hacer daño”) o su temor a ser juzgados.

Para conseguir que el sistema familiar salga de la fase de estancamiento y afronte la siguiente fase de desarrollo relacional, se explorarán las expectativas familiares respecto a sus miembros, sus necesidades y sentimientos heridos y se intentará equilibrar el balance de méritos y obligaciones, saldando las deudas acumuladas en el transcurso de las generaciones y buscando un nuevo equilibrio integrando las relaciones de la familia de origen y la nuclear. Para Boszormenyi-Nagy y Spark (1983) la coterapia es la mejor forma de trabajar con familias y evitar que éstas lleguen a envolver al terapeuta. Los coterapeutas deben mostrar flexibilidad, creatividad, capacidad de asumir posiciones complementarias y unión (que la familia pondrá a prueba). Es fundamental que ambos se mantengan asequibles el uno al otro, para que así puedan estar disponibles para la familia.

Terapia de pareja

El modelo intergeneracional se aplica con frecuencia en terapia de pareja (Aylmer, 1986; Framo, 1990; Kerr, 1985; Schnarch, 2011), un encuadre privilegiado para experimentar cómo una mayor diferenciación facilitará la

verdadera intimidad de los cónyuges. Incluso cuando el motivo de consulta es el problema de un hijo, se suele intervenir sólo con la pareja de padres, puesto que el cambio en ellos mejorará la situación con el hijo, que probablemente está triangulado. Bowen se basa en la premisa de que la tensión en la pareja se disipará si se mantienen en contacto con una tercera persona, el terapeuta, que establece activamente una conexión con cada cónyuge (un triángulo terapéutico) a la vez que permanece neutral y objetivo y no se deja implicar en el campo emocional de la pareja (Bowen, 1989). La comunicación se da entre el terapeuta y cada uno de los cónyuges; de esta forma el otro se sitúa en una posición de escucha y puede responder posteriormente a las preguntas del terapeuta acerca de su valoración sobre lo que ha escuchado.

Algunos autores, como Bowen o Framo, son partidarios de hacer terapia con varias familias o parejas simultáneamente. Bowen propone sesiones conjuntas en las que emplea el mismo tipo de comunicación radial entre el terapeuta y los miembros de cada pareja o familia, por turnos. Framo, por su parte, ha desarrollado un modelo de trabajo en el que, en el contexto de la terapia de pareja, convoca a la familia de origen de cada cónyuge (1990, 1996). “Lo más importante es la oportunidad para la genuina corrección de experiencias, el descubrimiento de información desconocida hasta ahora, la clarificación de viejos malentendidos y malas interpretaciones fundadas en las percepciones de la infancia y la eliminación de los significados mágicos que los miembros de la familia se atribuyen (…). Conocer a sus padres como seres reales, más que como figuras de fantasía que hay que idealizar o denigrar (…), establecer una relación de adulto a adulto con los padres” (Framo, 1990, p. 200).

Terapia individual

Desde la perspectiva de Bowen y otros autores (Carter y McGoldrick, 1999; Kerr y Bowen, 1988), el trabajo terapéutico no requiere la presencia de toda la familia; los cambios que realice un individuo para avanzar en su diferenciación acabarán teniendo un impacto en sus relaciones y en todo el sistema familiar. De hecho Bowen opinaba que a veces era más eficaz trabajar únicamente con los individuos más conscientes y motivados a hacer algo en relación a las dificultades de la familia (Rodriguez y Kerr, 2011), ya que su cambio serviría como un motor que facilitase el avance del resto del sistema.

En estos casos en que el encuadre de la terapia es individual o se realizan sesiones por separado con los cónyuges, se trabajan los mismos temas y procesos que en las sesiones conjuntas, manteniendo siempre el foco en los sistemas de los que la persona forma parte. Los síntomas o problemas emocionales no se abordan como fenómenos intrapsíquicos, sino como manifestaciones de los procesos emocionales o de las disfunciones familiares. No se trata de hacer una terapia orientada al insight ni a privilegiar el vínculo del paciente con el terapeuta (Aylmer, 1986), sino de preparar y acompañar a la persona para realizar cambios en sus relaciones significativas.

4. Estrategias y técnicas

4.1. Genograma y cronograma

El *genograma* es la herramienta básica de trabajo en el enfoque intergeneracional; consiste en un diagrama que recoge gráficamente información sobre los componentes del sistema familiar y sus relaciones en, al menos, tres generaciones (McGoldrick y Gerson, 1985; McGoldrick, 1995). Se suele utilizar junto con el cronograma, que recoge la información cronológica de los acontecimientos familiares importantes y permite así establecer hipótesis sobre posibles coincidencias de hechos: acontecimientos críticos en la familia vinculados a cambios en las relaciones familiares.

Inicialmente se recoge la información básica de la composición familiar: nombres, edades, localización geográfica de los miembros de la familia en tres generaciones. Anotamos fechas de los eventos importantes: nacimientos, muertes, enfermedades, hospitalizaciones, casamientos, separaciones, jubilaciones, cambios de trabajo o de residencia, salidas o entradas en el núcleo familiar. Se comienza por los datos o temas menos amenazantes, para que esto sea también una forma de conectar con la familia al inicio de la terapia y empezar a quitar el foco y la culpa en el problema o paciente identificado. Se integra así el motivo de consulta en un contexto más amplio en el que se muestran las interconexiones entre el pasado, el presente, y el sistema familiar en su conjunto (McGoldrick y Gerson, 1985).

Poco a poco y, quizá en varias sesiones se exploran el historial físico y psicológico, la etapa del ciclo vital actual, circunstancias significativas y nivel de funcionamiento. En la familia nuclear se exploran las relaciones de pareja,

padres-hijos, hermanos y los posibles patrones disfuncionales (Aylmer, 1986). Se recogen datos de la familia extensa: características culturales, étnicas, clase social, nivel funcional de cada miembro, posibles características de personalidad y rol que ejercen (“el bala perdida de la familia”, “el cuidador”). Trazamos diferentes tipos de líneas entre los miembros de la familia representados en el genograma indicando si las relaciones son cercanas, distantes, conflictivas, sobreinvolucradas, etc.

Se explora cómo se han producido las transiciones en el ciclo vital familiar y se investigan valores y temas significativos para la familia (p. ej., logros profesionales, apariencia física…), reglas familiares (lo que está permitido y prohibido; quién acató o transgredió las normas) y los roles o patrones de relación vinculados a los roles de género (¿hay algún patrón común a los hombres y mujeres en la familia?) (McGoldrick, 1995).

Al trazar el *cronograma* familiar, prestamos atención a los eventos críticos o estresores, tanto internos al sistema (nacimiento, separación) como externos (desempleo, problemas económicos). El impacto de estos eventos depende de su gravedad y del nivel de funcionamiento previo de la familia: cuanto más graves sean los acontecimientos y menor sea el nivel de diferenciación en el sistema, mayor será el nivel de ansiedad que se genera, dando lugar a los patrones relacionales típicos de esta baja diferenciación (triángulos, disfunciones en un miembro, conflicto marital, etc.). En la exploración del *cronograma* se hace una cuidadosa revisión cronológica del desarrollo del síntoma; mediante preguntas para explorar las posibles coincidencias de hechos, el terapeuta “hace hablar al calendario”.

A través de toda la información recogida podemos ya generar hipótesis sobre aspectos que se repiten una generación tras otra: pautas vinculares o triángulos (hijos-as parentalizados; violencia de género…). También observamos lo que Bowen denominó “valoración de los campos familiares”: modelos generales de funcionamiento del sistema familiar que se repiten, al menos, durante dos generaciones (Bowen, 1979). Por ejemplo, ante momentos de crisis se puede repetir una pauta en la que la madre se deprima y el hijo se sobreimplique en su cuidado, o que alguien enferme y toda la familia se vuelque en atenciones.

4.2. Autoobservación. Postura desde el Yo

La exploración del genograma en terapia incluye un componente didáctico que ayuda a los consultantes a comprender el funcionamiento de los sistemas familiares. A partir de ahí se realiza un proceso de autoobservación dentro y fuera de la sesión para aprender más acerca de uno mismo, el lugar y rol que uno ocupa en la familia, y sus formas de reacción y pautas de relación habituales, sobre todo cuando se atraviesan momentos de crisis o ansiedad (Lerner, 1990).

Cuando surge un desacuerdo en la pareja, ¿tiendo a querer imponer mi criterio, acomodarme para evitar conflictos, quejarme y criticar al otro, buscar el apoyo de un tercero? ¿Qué es lo que "dispara" mi tendencia a perseguir, depender o reclamar con enfado a la otra persona? ¿En qué áreas o relaciones tiendo a sobrefuncionar o, por el contrario, a dejar que otros se hagan cargo? En general, ¿qué emociones se disparan en mí en momentos críticos, y cómo actúo o reacciono cuando eso ocurre?

Precisamente esas reacciones emocionales automáticas son el primer paso para aprender sobre uno mismo y empezar a asumir una postura más diferenciada. Esta sería una posible secuencia de trabajo (Gilbert, 1992; Lerner, 1990):

Identificar y aceptar las emociones, sean las que sean (enfado, frustración, tristeza), ya que nos van a servir como guía para este aprendizaje. No se trata de "desahogarnos" o "volcarlas" en la relación, en una especie de catarsis emocional ("te voy a decir de una vez cómo me siento…"; "esto es lo que me sienta mal de ti…"), ya que esto sigue siendo una forma reactiva de intentar que el otro se haga cargo de cómo nos sentimos. Lo importante es que uno mismo pueda procesar sus emociones, responsabilizarse por lo que siente y encontrar la forma de calmarse (tomando perspectiva, dándose un tiempo, haciendo una actividad relajante, etc.).

Preguntarse qué ha generado esa emoción, si tiene que ver con un patrón que tiende a repetirse (p. ej., me da rabia cuando mi madre cuestiona mi forma de educar a mi hijo). Tal como plantea el enfoque intergeneracional, nuestras emociones son un mensaje no sólo acerca de nuestro estado interno, sino acerca de nuestra posición en el sistema y el flujo de ansiedad en él.

Explorar cuál es nuestra reacción cuando surge ese desencadenante (p. ej.: intento justificarme y convencer a mi madre de que lo estoy haciendo bien; critico a mi madre por ser una persona tan difícil; no vuelvo a visitarla en un mes ni la dejo que vea al niño; o llamo a mi hermano para quejarme de nuestra madre insoportable).

¿*Y qué consecuencias tiene en mí y en la relación esta forma de actuar*? Habitualmente, esta reacción suele alimentar el problema en lugar de resolverlo, y perpetuar patrones disfuncionales, es decir, "más de lo mismo" (al intentar justificarme, sigo asumiendo que necesito la aprobación de mi madre; al criticarla, se pondrá más a la defensiva y me criticará aún más; al distanciarme, se quedará estancado ese malestar, que probablemente acabaré volcando en otras relaciones, por ejemplo, sobreimplicándome con mi hijo; al establecer un triángulo, encuentro temporalmente un aliado pero el problema se queda sin resolver).

El terapeuta facilita esta "investigación" sobre uno mismo con sus preguntas, actitud de aceptación y curiosidad, y añadiendo ocasionalmente y de forma respetuosa ciertas dosis de humor para "quitarle hierro al asunto". Este trabajo, ya sea en terapia individual o con cada uno de los cónyuges o miembros de la familia, es fundamental para adoptar una "postura desde el yo".

4.3. Volver atrás para avanzar: la familia de origen

El trabajo directo, paso a paso, sobre las relaciones con la familia de origen y extensa, es fundamental para avanzar en el nivel de diferenciación, que difícilmente mejorará si uno no cambia sus viejos hábitos de relación precisamente en el lugar en que se generaron. Según Bowen (1979) conseguir una relación de adulto a adulto con cada persona de la familia de origen y extensa ayuda más a madurar que cualquier otra cosa que uno haga en la vida. Para ello es necesario "volver atrás", estableciendo contacto o visitas con todos los miembros posibles de la familia de origen y extensa. Observaremos así, in situ, el sistema emocional familiar, abandonando la culpabilización y la crítica y desarrollando una mayor aceptación.

En esta "vuelta atrás", son muchas las tentaciones que hay que evitar: hacer terapia con la propia familia, "destapar" de golpe viejos rencores,

desahogarse, hacer acusaciones, confrontar, sermonear, intentar corregir o rescatar a alguien, etc. Ya sabemos que estos son los pasos predecibles de las viejas “danzas” familiares, y que conducen a aumentar la reactividad. En cambio, volver a la familia asumiendo un mayor nivel de responsabilidad sobre uno mismo es un regreso “liberador” (Bowen, 1979), e implica “convertirse en una mejor versión de sí mismo en el contexto de las relaciones familiares” (Gilbert, 1992, p. 125).

El terapeuta acuerda con los pacientes el tipo y frecuencia de visitas a realizar, tanto para establecer contacto uno a uno, como para encontrarse con el grupo familiar en momentos especialmente intensos (celebraciones, funerales, reuniones familiares). En general, las visitas breves y frecuentes son más eficaces que las largas y espaciadas. Y si ha habido cortes en la relación (por ejemplo, dejar de hablarse con un hermano por los problemas de herencia), el objetivo será volver a reanudar poco a poco el contacto, sin abordar de golpe los motivos del distanciamiento.

Obviamente las dos figuras que presentan más dificultad para crear una relación “persona a persona” son los padres, con quienes el vínculo emocional es especialmente intenso. Por ello conviene poner el esfuerzo en los contactos con cada uno de ellos de manera individual, dedicándoles más de un encuentro, y buscando sobre todo conocerles más como personas reales (y no como figuras distorsionadas de la infancia) y que nos conozcan a nosotros como adultos. Y si esa relación es demasiado conflictiva o cargada de ansiedad y, por tanto, más difícil de abordar inicialmente, se puede empezar por tener contacto con otras personas que les conocen, miembros de sus propias familias de origen, padres, hermanos, etc. que nos permitan empezar a tener una imagen diferente de ellos (Gilbert, 1992). En éstas y otras relaciones con la familia de origen y extensa, se trata de establecer un contacto abierto y respetuoso, en el que se puedan comunicar temas personales, y salir del papel que uno juega habitualmente en los triángulos, las relaciones conflictivas o sobreimplicadas y las relaciones superficiales, distantes o bloqueadas con todos los miembros del sistema.

4.4. Reequilibrar el balance de méritos y obligaciones

En este proceso de desarrollar una nueva forma, más madura, de relación

con la familia de origen, Boszormenyi-Nagy (1982) resalta la importancia de generar un diálogo auténtico entre los miembros de la familia que ayude a reequilibrar el balance de méritos, recuperando, a través de acciones, la mutua confianza y disponibilidad necesarias para un sano crecimiento. Se trata de "hablar, en la medida de lo posible, de cosas de las que hasta ahora no pudieron hablar" (Stierlin; Rüchker-Embdem; Wetzel y Wirsching, 1980, p. 25). En las sesiones conjuntas, la familia se enfrentará a sentimientos de cólera, dolor, resentimiento… El terapeuta facilitará la expresión de necesidades, sentimientos de explotación, méritos y logros conseguidos por cada miembro de la familia y fomentará las actuaciones reparadoras.

Junto con la información recogida en el genograma y la exploración de las pautas de relación familiares, debemos preguntarnos: "¿quién hace qué para quién?, ¿cómo lo experimenta?, ¿quién compensa, por qué y cuándo?, ¿hay víctimas e infractores?, ¿de qué manera fue injuriado el mismo miembro que se muestra abiertamente ofensivo?, ¿por quién?" (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983). Exploramos así las expectativas de cada uno: "¿qué espera cada miembro de la familia obtener para sí mismo y para los demás?, ¿qué es lo que queda pendiente en la familia, lo que cada cual cree que le ha faltado hasta entonces, y que quizá hasta ahora no ha podido expresar abiertamente? (aceptación, comprensión, liberarse de la culpa, ser respetado...)" (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983).

Cuando resulta posible, se convoca a terapia a tres generaciones (abuelos, padres e hijos) para no acabar convirtiendo a los abuelos en los chivos emisarios por haber gestionado mal la crianza de sus hijos. Se trata de interrumpir así "el síndrome de acusaciones" y reparar las deudas pendientes. Los padres hacen referencia a lo que ellos recibieron y lo comparan con lo que están dando o creen que deberían dar a sus hijos. Hemos oído: "mis padres nunca me dieron ni la mitad de atención de la que yo te doy a ti…"; o "yo tuve que cuidar a todos mis hermanos pequeños y tú sólo tienes que…". Este sentimiento de haber sido *explotado y* no poder expresarlo, ni recibir una compensación, a veces se encubre con actitudes sobreprotectoras, excesiva falta de límites, o cualquier otra actitud defensiva hacia los hijos. El hijo tiene derecho a ser atendido y cuidado, sin embargo los padres a veces sienten que

dan más de lo que reciben. Es importante en ese caso revisar las cuentas no saldadas que permanecen en números rojos con la generación anterior y la explotación sentida de manera subjetiva por cada miembro del sistema para que no continúe una cadena intergeneracional eterna, ya que cuanto más inconscientes permanecen, más fuerza tienen. Unos padres permanentemente frustrados (que no recibieron lo que esperaban en la relación con sus propios progenitores) no tendrán capacidad para impulsar el crecimiento de sus hijos, cada vez les reclamarán más y serán menos generosos con ellos, y los hijos se sentirán a su vez cada vez más *explotados*. La cuenta seguirá creciendo en la próxima generación, a menos que consigamos que en un contexto *confiable*, como la terapia, cada uno pueda llegar a asumir sus propias responsabilidades en lo que Boszormenyi-Nagy llama *toma y daca* intergeneracional. Padres que no han proporcionado cuidado a sus hijos en su infancia, tras expresar cómo ellos fueron a su vez dañados por la generación anterior, pueden llegar a reconocerlo y, en la medida de lo posible actuar reequilibrando el *balance*. En ocasiones los hijos adultos al expresar sus sentimientos de explotación lo hacen con desprecio y desconsideración hacia sus propios padres (a los que posiblemente se mantuvieron leales a través de fracasos, congelación de su propio desarrollo, etc.). Esto sólo conducirá a niveles muy bajos de autoestima, “nadie gana cuando el resultado lleva a la vergüenza o al odio de los padres” (Framo, 1990, p. 200). Sólo se reequilibrará el balance a través de acciones basadas en actitudes de ayuda hacia el progenitor.

Luci, 35 años, acaba de dejar a su pareja, un hombre demasiado vinculado a su propia familia de origen, con el que ya no sentía que pudiera seguir creciendo. En una conversación con su padre resalta la función parental que ejerció con él cuando era pequeña, recuerda cómo iba a buscarle al bar para llevarle a casa y le expresa su necesidad no cubierta de haber recibido de él cuidado y atención. Su padre lo reconoce. Actualmente ha dejado de beber y ahora recuerda cómo de joven era un muchacho muy inteligente, reconocido por los profesores de su colegio que le motivaban a seguir estudiando. Sin embargo en el momento de elegir qué estudiar su madre se lo impidió alegando que su hermano mayor no estaba capacitado para estudiar y por lo tanto él tampoco iba a estudiar. Él se mantuvo unido y leal a su familia de origen, a

costa de su propio desarrollo, incluso tras crear su propia familia. Compartir su sentimiento de explotación ante su hija le revaloriza a los ojos de ésta. Ahora son dos adultos que pueden compartir expectativas y convertirlas en actuaciones que equilibren el balance de deudas. Él apoyará a su hija económica y afectivamente, tras su separación, y ella estará disponible para apoyarle en el cuidado de su salud.

4.5. Nuevos pasos para viejas danzas

Bowen (1989) advierte que el cambio consta de tres pasos: (1) el cambio, (2) la reacción del sistema en contra de ese cambio, y (3) cómo manejamos esa reacción ante el cambio. Lo que solemos hacer son los dos primeros pasos, de forma que si encontramos resistencia, volvemos atrás (p. ej., *cuando empiezo a no estar siempre disponible para un padre muy demandante, se enfadará, me reclamará aún más, me criticará ante mis hermanos o me acusará de ser una mala hija... y acabaré cediendo a sus presiones, volviendo a hacer lo de siempre y quejándome de que "mi padre es imposible")*. La clave para cambiar consiste en dar cuidadosamente los pasos, anticipando la reacción previsible del sistema ante nuestro movimiento inicial… y estando preparados para mantener nuestra nueva postura, basada en una "posición Yo" y no en un intento de cambiar al otro (Lerner, 1990) (p. ej., *mantenerme en contacto con mi padre, expresar mi cariño, interesarme por él, no contraatacar o defenderme de las acusaciones, y no "entrar al trapo" con él, manteniendo los límites que son sanos para mí y que se corresponden con mis necesidades, principios o valores acerca de cuánta disponibilidad asumo*). Para dar lugar a esta nueva "danza" en la relación, el terapeuta se implica activamente con los consultantes en la planificación de los pasos a dar.

Elegir los nuevos pasos

Los nuevos pasos son "actos de valor" (Lerner, 1990) lo suficientemente significativos como para que inicien un cambio, pero lo suficientemente pequeños como para que podamos sostenerlos y sostenernos sin que la reactividad emocional nos desborde. Si la pauta problemática que queremos cambiar es la de distanciarnos para evitar conflictos, ¿qué paso podemos dar para acercarnos a la otra persona y abrir el diálogo? (*p. ej., empezar a llamar de vez en cuando a nuestra hermana con la que apenas nos hablamos,*

interesándonos por ella y compartiendo asuntos cotidianos con ella en tono amigable y "light", sin recriminarla, sin quejarnos de su actitud distante, ni volcar en ella la frustración o el enfado por su desinterés). Si en una relación de pareja sentimos que nos hemos acomodado demasiado, "dando en préstamo" o cediendo parte de nuestro "self" (relegando nuestras opiniones, necesidades, preferencias, valores, etc.) para intentar mantener el vínculo, el camino al cambio no pasará por recriminar al cónyuge los sacrificios que hemos hecho por él, o reclamar que ahora "es nuestro turno" y que el otro nos tiene que dar "lo que nos debe". Desde una posición más diferenciada, tendremos que aclarar con nosotros mismos cuáles son nuestras prioridades ahora, centrarnos más en lo que necesitamos hacer por nosotros y no en lo que los otros hacen (o dejan de hacer), y dejar de "invitar" a que otros nos protejan, aconsejen o dirijan nuestra vida. Si por el contrario solemos asumir la posición de "sobrefuncionamiento" (*over-functioning*), dominando, controlando o cuidando de otra persona, tendremos que empezar a preguntarnos cómo podemos equilibrar más esa relación, dejando de hacer por la otra persona lo que ella misma es capaz de hacer y mostrando que nosotros también tenemos vulnerabilidades, limitaciones y necesidades.

Los *triángulos* son un terreno especialmente delicado. Si involucramos a terceros en el problema que tenemos con otra persona (por ejemplo, buscar el apoyo de un hijo frente al cónyuge), el paso a dar es abordar el problema donde corresponde, "liberando" al tercero de una posición comprometida. O si nos hemos visto "triangulados" en el conflicto de otros (apoyando a nuestra madre en contra del padre, por ejemplo), tendremos que buscar el modo de desafiar esa "lealtad obligatoria", de forma que puedan emerger relaciones persona a persona con cada uno de ellos (Mc Goldrick y Carter, 1999) (por ejemplo, no ofreciéndonos a ser la confidente de nuestra madre, abriendo una línea de comunicación directa con nuestro padre). A veces el sistema es demasiado rígido y se hace necesario dar pasos de forma más indirecta o "estratégica", para "sacudir" la homeostasis y deshacer el triángulo (o cualquier otro patrón relacional). En esos casos, se pueden utilizar "las "inversiones" (*reversals*) (Papp, 1994), que consisten en ocupar una postura o rol opuesto al habitual. Si uno estaba aliado con su madre, pasa a hacer

confidencias o darle la razón en todo al padre; si uno está siempre haciéndose cargo y dando consejos a otro, empieza a agobiarle con sus propias dudas e inseguridades, pidiéndole que le diga qué debe hacer. Estas inversiones sólo son eficaces cuando se hacen desde una posición de respeto, sin ánimo de venganza, enfado o sarcasmo, y con la intención de flexibilizar el sistema para llegar a desarrollar verdaderas relaciones de persona a persona (Carter y McGoldrick, 1999b).

Cuando no son posibles los encuentros cara a cara con los miembros de la familia, para iniciar estos pasos diferentes en la relación (porque no están disponibles, viven lejos, se ha cortado el contacto, o la carga emocional es tan intensa que la persona no lo podría manejar), los terapeutas intergeneracionales recomiendan las cartas o cualquier tipo de mensaje escrito, como una forma de empezar a deshacer triángulos o cortes en la relación y abrir nuevas vías de comunicación en sistemas bloqueados.

Anticipar las resistencias

Cuando un miembro de la familia avanza hacia un mayor nivel de diferenciación, se produce un movimiento automático en el sistema para restaurar el equilibrio previo. Este es un patrón predecible, cuyos mensajes explícitos o implícitos serían: 1) estás equivocado; 2) vuelve a comportarte como antes, y 3) si no lo haces, éstas serán las consecuencias (Bowen, 1979). Además de estas “contrajugadas” del sistema (Lerner, 1990), hay que prever que cuando uno abandona un patrón de funcionamiento habitual (deja de ser el irresponsable; se baja del pedestal de héroe familiar y empieza a mostrarse como un ser de carne y hueso; empieza a ser más asertivo y menos acomodaticio, etc.), también sentirá internamente ese “vértigo” hacia el cambio, la incertidumbre al abandonar la seguridad de las pautas de funcionamiento predecibles. Es muy frecuente sentir culpa, por ejemplo, cuando uno empieza a hacerse más cargo de sí mismo y menos cargo de otros miembros de la familia (p. ej.: dejo de “rescatar” a mi madre de las malas contestaciones de mi padre). El terapeuta debe trabajar con el paciente para anticipar estos sentimientos y entender que no son señal de haber emprendido un camino erróneo, sino justo lo contrario: la culpa indica que uno está siendo menos leal al sistema y más a sí mismo, y es el “precio” inicial a pagar por

una mayor diferenciación.

Los terapeutas intergeneracionales (Gilbert, 1992; Lerner, 1989, 1990; McGoldrick, 1995; Schnarch, 2011) aportan varias claves para manejar estas situaciones. La motivación para el cambio ha de ser una responsabilidad mayor sobre uno mismo, sus principios y valores, en lugar de intentar cambiar al otro para adaptarle a lo que uno desea.

Normalmente cuando uno inicia cambios en sus relaciones (p. ej., deja de ser tan "reactivo" con su pareja, habla de los temas importantes en lugar de evitarlos, se resiste a las presiones para "ceder" self en la relación, y tampoco pretende "tomarlo prestado" del otro), lo más habitual es que, tras la reacción inicial "no cambies" (*"estás muy raro, qué te pasa?", "ya no me haces caso; me estás dejando de lado", "¿por qué te empeñas ahora en llevarme la contraria?"),* y si uno se mantiene sin contraatacar o defenderse, la reacción de la otra persona o del sistema vaya también en dirección al cambio, ya que se abren puertas para nuevas formas de relación. Pero también puede ocurrir que uno acabe confrontándose con la rigidez o inmovilidad del sistema, o con el hecho de que este cambio sea demasiado "amenazante" para otros. Por ello, es muy importante que uno asuma ese riesgo, aclarando consigo mismo cuáles son sus límites y qué es o no "negociable" en su postura en la relación. La clave es mantener el foco en uno mismo, "autogestionarse" mientras se mantiene conectado, abierto y cercano a la otra persona.

Los movimientos hacia la diferenciación deben ser cuidadosos y modestos: en lugar de intentar dar un gran paso en una relación muy fusionada (*p. ej., confrontar a mi madre con el hecho de que voy a dejar de una vez de "hacer de madre" con ella, y que necesito que ella me cuide*), es preferible elegir pequeñas acciones que vayan en dirección al cambio (*compartir con ella algunas de las dificultades que tengo en mi vida; pedirle que me cocine algo rico; decirle que esta vez no le puedo prestar dinero*). Para ello, el terapeuta debe ayudar a los pacientes a elegir el momento adecuado ("no golpear cuando el hierro está caliente"), intentar mantener una "postura Yo" en la que uno hable en primera persona, exprese lo que piensa o quiere, y no le diga a la otra persona lo que debería sentir o pensar. Es muy frecuente engancharse en pseudoproblemas (Lerner, 1990), discusiones intelectuales que no llevan a

ninguna parte (*p. ej., mi cónyuge pasa mucho tiempo con la tele o Internet y yo le digo que eso es una pérdida de tiempo*) porque se centran en un tema de desacuerdo, y no en el verdadero problema en la relación (*cuánto tiempo queremos pasar juntos como pareja; qué intereses compartimos; qué expectativas tengo de mi pareja, y si corresponden a la persona que es o la que yo desearía que fuese*). Todo esto son pasos en el trabajo de diferenciación, que es un proyecto para toda la vida y progresa lentamente (ya advirtió Bowen que nunca conoció a nadie totalmente diferenciado), pero la recompensa merece la pena.

5. Lecturas recomendadas

BOWEN, M. (1979) *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós. Recopilación de artículos de Murray Bowen sobre la teoría y la práctica del enfoque intergeneracional, incluido el relato sobre su propio proceso de diferenciación familiar.

BOSZORMENYI-NAGY, I. y SPARK, G. M. (1983). *Lealtades Invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu. Libro fundamental para la comprensión del concepto de lealtad en el trabajo con familias. Incorpora por primera vez a la terapia el aspecto de la justicia en las relaciones dando un enfoque completamente diferente al abordaje intergeneracional de las mismas.

McGOLDRICK, M. y GERSON, R. (1985). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Barcelona: Gedisa. El libro pionero en la divulgación del uso clínico del genograma familiar, esquemático y con muchos ejemplos. Recomendable para familiarizarse con esta herramienta.

LERNER, H.G. *The dance of anger; The dance of intimacy; The dance of connection*. Nueva York: Harper & Collins. Los libros de Harriet G. Lerner, muy populares en Estados Unidos, abordan con rigor, claridad y amenidad los dilemas vitales o relacionales de las mujeres, aplicando los principios de la teoría de Bowen y la perspectiva de género.

WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P. y SILVERSTEIN, O. (1996). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós. Los casos clínicos de Betty Carter que aparecen en cada capítulo de este libro son un excelente ejemplo de la aplicación de la terapia

intergeneracional a una variedad de problemáticas y configuraciones familiares.

Bibliografía

AYLMER, R.C. (1986). "Bowen family systems marital therapy". En JACOBSON, N. y GURMAN, A. *Clinical handbook of marital therapy*. Nueva York: The Guilford Press. Pág. 107-147.

BERTRANDO, P. y TOFFANETTI, D. (2004) *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

BOSZORMENYI-NAGY, I. (1982). "Una teoría de las relaciones: experiencia y transacción". En BOSZORMENYI-NAGY, I. y FRAMO, J. *Terapia Familiar Intensiva. Aspectos teóricos y prácticos***.** Méjico: Ed. Trillas. Pág. 56-179.

BOSZORMENYI-NAGY, I. y FRAMO, J. (1982). *Terapia Familiar Intensiva. Aspectos teóricos y prácticos***.** Méjico: Ed. Trillas.

BOSZORMENYI-NAGY, I. y SPARK, G.M. (1983). *Lealtades Invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.

BOSZORMENYI-NAGY, I. y KRASNER, B. (1986). *Between Give and Take: A Clinical Guide to Contextual Therapy.* Nueva York: Brunner Mazel.

BOWEN, M. (1979). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar.* Barcelona: Paidós.

———— (1989). *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica. Vol. I: Fundamentos teóricos. Vol. II: Aplicaciones*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

BOWEN CENTER FOR THE STUDY OF THE FAMILY. *Bowen Theory*. http://www.thebowencenter.org/pages/theory.html (22/07/2013).

CARTER, B. (1991). "My reluctant ancestor". *The Family Therapy Networker*, 5 (2): 40-41.

CARTER, B. y McGOLDRICK, M. (Eds.) (1999a). *The expanded family life cycle. Individual, family and social perspectives (third edition).* Boston: Allyn and Bacon.

———— (1999b). "Coaching at various stages of the life cycle". En CARTER, B. y McGOLDRICK, M. *The expanded family life cycle. Individual, family and social perspectives*. Boston: Allyn and Bacon. Pág. 436-454.

FRAMO, J.L. (1990). *Exploraciones en terapia familiar y matrimonial.* Bilbao:

Desclée De Brouwer.

———— (1996). *Familia de origen y psicoterapia: Un enfoque intergeneracional*. Barcelona: Paidós.

GILBERT, R.M. (1992). *Extraordinary relationships. A new way of thinking about human interactions*. Nueva York: Wiley and sons.

GUERIN, P.H., FOGARTY, T.H., FAY, L. y GILBERT, K.J. (1996). *Triángulos relacionales. El a-b-c de la psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

KERR, M.E. (1985). “Obstacles to differentiation of self”. En GURMAN, A.S. (Ed.) *Casebook of marital therapy*. Nueva York: The Guilford Press. Pág. 111-153.

KERR, M.E. y BOWEN, M. (1988). *Family evaluation*. Nueva York: Norton and Norton.

LERNER, H.G. (1989). *The dance of intimacy*. Nueva York: Harper & Row.

———— (1990). *La afirmación personal*. Barcelona: Ed. Urano (Edición original: *The dance of anger*. Nueva York: Harper & Row. 1985).

Mc GOLDRICK, M. (1995). *You can go home again*. Nueva York: W.W. Norton & Co.

Mc GOLDRICK, M. y GERSON, R. (1985). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Mc GOLDRICK, M. y CARTER, B. (1999). “Self in context. The individual life cycle in systemic perspective”. En CARTER, B. y McGOLDRICK, M. (Eds.). *The expanded family life cycle. Individual, family and social perspectives*. Boston: Allyn and Bacon. Pág. 27-36.

NICHOLS, W., PACE-NICHOLS, M.A., BECVAR, D.S. y NAPIER, A.Y. (2000). *Handbook of Family Development and Intervention*. Nueva York: John Wiley and sons.

PAPP, P. (1994). *El proceso del cambio*. Barcelona: Paidós.

RODRÍGUEZ, M. y KERR, M.E. (2011). “Introducción a las aplicaciones de la teoría familiar sistémica de Murray Bowen a la terapia familiar y de pareja”. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 77: 7-15.

SCHNARCH, D. (2011). *Passionate Marriage: Keeping Love and Intimacy Alive in Committed Relationships*. Nueva York: W. W. Norton & Company.

STIERLIN, H., RÜCHKER-EMBDEM, I.; WETZEL, N. y WIRSCHING M.

(1980). *Terapia de Familia. La primera entrevista*. Barcelona: Gedisa.
WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P. y SILVERSTEIN, O. (1996). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
WYLIE, M.S. (1991). "Family therapy´s neglected prophet". *The Family Therapy Networker*, 5 (2), 25-37.

9

Terapia de la Escuela de Milán

Blanca Armijo Núñez

Vanessa Gómez Macías

Teresa Suárez Rodríguez

Índice de contenidos

1. Orígenes del modelo de la Escuela de Milán

Para entender el nacimiento de la Escuela de Milán es necesario conocer el marco sociopolítico en el que emerge.

A partir de los años 60, la antipsiquiatría, movimiento inspirado por Ronald D. Laing, David Cooper (Cooper, 1971) y Franco Basaglia, cuestiona la concepción de la enfermedad mental y el hospital psiquiátrico como lugar de contención de los afectados por ella. Se produce así un distanciamiento de la posición biomédica tradicional y el psicoanálisis, que sitúan la enfermedad mental como algo interno al aparato psíquico del paciente.

La Terapia de Familia entendida como una terapia en y del contexto abre posibilidades de investigación e intervención más acordes con este nuevo marco jurídico y asistencial.

La fuerte personalidad de Mara Selvini Palazzoli imprime a la Escuela de Milán un sello característico, donde la investigación irá permanentemente de la mano de la clínica. Destacan dos cualidades fundamentales en ella: su pasión por la búsqueda constante de nuevos conocimientos y su amplia cultura, que impregnan tanto su trayectoria profesional como sus publicaciones.

Tras licenciarse en medicina y especializarse en medicina interna, su interés por la anorexia mental le lleva a aproximarse a la psiquiatría y al psicoanálisis. En este campo es formada por el profesor Gaetano Benedetti, centrando desde el inicio su trabajo sobre la relación terapeuta-paciente. En 1963 publica *Anorexia Mental*, donde se observa la influencia de la Escuela Americana de Frieda Fromm-Reichmann y Harry Stack Sullivan, que ponen el acento en el estudio de las relaciones interpersonales y de la importancia del contexto en el que éstas tienen lugar. Otras influencias reseñables son las de la Escuela Inglesa de Fairbain y Guntrip, cuyos estudios sobre la relación terapéutica de transferencia y sobre todo de contratransferencia le sirven para desarrollar herramientas que utilizará en el trabajo con las familias desde una interpretación relacional diádica. Como tercera influencia cabe destacar la fenomenología existencial (Biswanger, Buber, Jaspers, Heidegger), cuyos trabajos consistían en estudiar la relación del ser humano con lo que le rodea, siendo éste el campo de los primeros estudios sobre la comunicación interhumana.

La evolución cultural y teórica de Selvini sigue una lógica precisa, distanciándose progresivamente de las posiciones psicoanalíticas y acercándose a autores como Wynne, y Singer, así como al equipo de Gregory Bateson, influencias que abren paso a su bifurcación desde el psicoanálisis a la teoría de la comunicación.

En 1967 funda el Centro para el Estudio de la Familia, con un equipo integrado por ocho profesionales procedentes todos ellos del psicoanálisis. El equipo se encuentra con la dificultad de abordar el grupo familiar a través de un modelo individual como es el psicoanalítico; su observación acaba siendo la suma de las observaciones individuales de los individuos que integran el grupo familiar y las referencias teóricas no se alejan de los conceptos más relacionales del psicoanálisis: los de transferencia y contratransferencia y los modelos psicoanalíticos grupales. La publicación de *Contexto y Metacontexto* (Selvini Palazzoli, 1970) y *El racismo en la Familia* (Selvini Palazzoli, 1971) marcan la escisión en 1971 de este grupo.

Mara Selvini lidera desde entonces un equipo que compondrán: ella misma, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, en búsqueda de una opción teórica para la clínica y la investigación que se distancia de las posiciones psicoanalíticas para acercarse a una visión sistémica, con la supervisión en un primer periodo de Paul Watzlawick. La experiencia de este nuevo equipo aparece bien reflejada en su libro *Paradoja y Contraparadoja* (Selvini Palazzoli et. al., 1975).

En 1978 Mara Selvini publica *Por qué un largo intervalo entre las sesiones* (Selvini Palazzoli, 1978) artículo en el que justifica su estrategia terapéutica de distanciar las sesiones en la terapia. Encontramos aquí una de las características fundamentales de Mara, la conjugación de su creatividad y el rigor a la hora de buscar bases científicas que justifiquen su saber.

En 1980 se produce la separación del grupo de Milán; Boscolo y Cecchin se dedicarán a la formación de terapeutas, autodenominándose Asociados de Milán, mientras que Selvini y Prata continúan una línea fundamentada en la investigación clínica.

A partir de la formación impartida por Boscolo y Cecchin, se van creando diferentes núcleos que trabajan bajo su influencia teórica. El desarrollo del

trabajo en este contexto clínico-didáctico lo encontramos reflejado en su libro *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica* (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

Tras la división, Mara Selvini participa en la creación de dos equipos terapéuticos a través de los cuales continúa la investigación. El primero de ellos lo integra junto con Giuliana Prata, con quien forma una pareja terapéutica que ha sido descrita como “una de las que ha dado mayores pistas en el descifrado de los juegos familiares y extendido sus enseñanzas por Europa, EEUU y Argentina… uniendo rigor y generatividad en una admirable creatividad” (Selvini, 1999).

El segundo equipo lo crea junto con Stefano Cirillo, Ana Mª Sorrentino y Matteo Selvini, con investigaciones fundamentales en el campo de la psicosis y los trastornos de la conducta alimentaria.

El equipo de Prata y Selvini se separa en 1985. Giuliana Prata abre el Centro de Terapia Familiar Sistémica y de Investigación. El Equipo de investigación está constituido por Giuliana Prata, Luisa Prata, María Vignato, Susana Frondizi Bullrich y Cinzia Raffin. Caracteriza el trabajo del equipo la brevedad de las intervenciones, la transcripción de las entrevistas como método de auto-supervisión, la supervisión directa con espejo unidireccional y la grabación de todas las entrevistas clínicas. Destacamos como publicaciones de este periodo: *Cuando la “puesta en juego” es un niño que aún no ha nacido* (Prata, 1990), *El niño que seguía la Barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares* (Prata, Vignato y Bullrich, 1992), *Juegos familiares: Amor y odio en una pareja* (Prata, 1994) y *Curarse a través de la rabia* (Prata, y Raffin, 1991).

En paralelo a su trabajo clínico en el centro privado, Mara Selvini realiza diferentes incursiones en el terreno de la institución, en dominios que van más allá del campo de la clínica. Aún hoy nos siguen fascinando sus aportaciones en el ámbito escolar en artículos como *El mago sin magia* (Selvini Palazzoli et al, 1976); en diferentes contextos organizacionales: *Al frente de la organización* (Selvini Palazzoli, 1981) y en el terreno de la institución psiquiátrica: *Hacia una nueva psiquiatría* (Covini, Fiocchi, Pasquino, y Selvini Palazzoli, 1987). A través de espacios de supervisión se acerca a estos

diferentes dominios, ofreciendo una teorización revolucionaria y una crítica a la intervención institucional tradicional que permitirá nuevas propuestas en la aplicación del enfoque sistémico en contextos no clínicos.

2. Conceptos principales del modelo de la Escuela de Milán

A continuación vamos a exponer los principales conceptos teóricos que sirvieron de base a la Escuela de Milán para entender la enfermedad y los modos de enfermar en el seno de la familia. Parten del modelo psicoanalítico, aunque desde el inicio orientados a las relaciones interpersonales, la relación objetal y la relación terapéutica de transferencia y contratransferencia, llegando en un determinado momento a cierto desencanto por la lentitud del proceso terapéutico y los escasos resultados. Buscan entonces alternativas conceptuales que les llevan a dejar de considerar la enfermedad mental como el resultado de un proceso individual del aparato intrapsíquico del paciente, para centrar su estudio en la comunicación y en las relaciones en las familias que presentan un miembro sintomático.

2.1. Perspectiva comunicacionalista: la enfermedad mental como producto de la comunicación patológica en la familia

Desde la óptica del *comunicacionalismo* se pensaba que un estudio especializado y analítico del estilo comunicativo familiar podía proporcionar la información necesaria para entender cómo el paciente designado había sido conducido a la patología. Se considerada por lo tanto la enfermedad mental producto de la confusión, la ambigüedad, las paradojas y contradicciones predominantes en la comunicación familiar, llegando a plantear que se podía poner en relación cada tipo de sintomatología con un modo concreto de comunicación. Ejemplo paradigmático es el desarrollo de la teoría del doble vínculo, que explica la patología esquizofrénica como resultado de una disfunción en la comunicación.

Pero en lo que respecta a la experiencia del grupo de Milán, esta conceptualización comunicacionalista se mostró enseguida improductiva; pronto encontraron dificultades para generalizar los hallazgos en los estilos comunicativos de las familias. Así, algunas familias con pacientes esquizofrénicos se comunicaban igual que otras familias sin esta patología, y los modos de comunicar no eran estables, podían variar de una cita a otra, al cambiar de tema o de miembros convocados a la entrevista, y con el

transcurrir de la terapia.

2.2. Perspectiva cibernética: la enfermedad mental como producto de la homeostasis familiar

Cuando la teoría comunicacionalista da muestras de su insuficiencia para elaborar un mapa teórico para el estudio de la familia, el grupo de Milán sigue con atención las posiciones teóricas de Gregory Bateson, interesado en ese momento por la teoría del juego de Von Neumann, que pone el acento en el estudio de los procesos decisionales. Esta teoría les permite explicar aspectos que habían observado en el trabajo de campo, tales como las dificultades en las familias con un miembro esquizofrénico de tomar decisiones y asumir responsabilidades, que se corresponden con el concepto de Von Neumann de indecisión de grupo, según el cual los jugadores, si son más de tres, son incapaces de crear coaliciones estables. No obstante, la conciencia de que los jugadores de Von Neuman son considerados como omniscientes y no sujetos a aprendizaje, marca la diferencia del funcionamiento de los miembros de la familia, capaces de aprender reglas de relaciones por ensayo-error y de desenvolverse teniendo objetivos menos definidos y definibles.

Al mismo tiempo, el grupo de Milán profundiza en los escritos de Ludwig Von Bertalanffy (Teoría General de Sistemas). La visión de la familia como un sistema natural con historia, regida por reglas y mitos a los que acomodan su funcionamiento y el de sus miembros, va a caracterizar este periodo. Dado que su casuística incluía sobre todo casos graves como la esquizofrenia y la anorexia, el concepto de *homeostasis* les ayuda a explicar la disfunción; las familias que presentan miembros con trastornos mentales corresponderían a familias con una homeostasis rígida, incapaces de cambiar sus modos de funcionamiento ante eventos procedentes del interior y/o del exterior del sistema. La Cibernética, íntimamente ligada a los sistemas y a la explicación de su funcionamiento, aporta los conceptos de homeostasis y morfogénesis, propiedades de los sistemas que explican el cambio y la estabilidad en los mismos.

La organización de las relaciones se describe en términos de reglas, que definen en las distintas situaciones si son lícitos o no determinados comportamientos interactivos. Todo grupo humano (y la familia no podía ser de otro modo) cuando es estable, organiza con el tiempo las relaciones

recíprocas de manera distinta; hay grupos en los que esta organización satisface a todos, y otros en los que satisface a unos pero no a otros. Los síntomas son así concebidos como señales de un malestar intolerable.

El equipo de Milán adopta durante un periodo una visión del funcionamiento familiar próxima a la utilizada por Haley (analizar el modo en el que los miembros de la familia califican el mensaje propio y el de los otros, el liderazgo, las alianzas y la aceptación de la responsabilidad), modelo que aplican primero con familias anoréxicas y después con familias psicóticas. La comunicación paradójica, como interpretación (explicación) de por qué el paciente ha desarrollado los síntomas, permanece en parte vigente. Una visión transgeneracional de la comunicación en estas familias, donde la disfunción va *in crescendo* desde la generación de los abuelos hasta la aparición del síntoma en la tercera generación, conjuga una visión a la vez sistémica, cibernética y comunicacional en la comprensión de la génesis de los trastornos mentales.

2.3. La metáfora del juego: la enfermedad mental como producto de los "juegos" familiares

La adopción de la metáfora del juego, tomada de Michel Crozier, da a la Escuela un empuje teórico tanto para conocer las bases de las disfunciones como en tanto que herramienta para el tratamiento.

Analizar la familia en términos de juego representa aquí tener en cuenta las reglas generales, que respetan todos los miembros del sistema, y a su vez los movimientos de cada jugador (en este caso de cada miembro de la familia). Los síntomas no son vistos como producto sólo de reglas del sistema, sino que forman parte de estrategias indirectas, encubiertas, llevadas a cabo por un miembro de la familia cuando la adaptación a la organización familiar va en detrimento de su bienestar y le causa sufrimiento.

Esta visión del juego permite al equipo "abrir la caja negra", es decir, establecer hipótesis no sólo sobre las reglas sistémicas supra-individuales, sino también hipotetizar en términos de cuál es la estrategia, intencionalidad, objetivo, sentimiento… a través de los cuales cada individuo se adapta al funcionamiento global familiar. Términos como ganador y perdedor aparecen en el análisis de las disfunciones familiares, así como la introducción del concepto de poder, proscrito desde la epistemología Batesoniana, pero que aparece aquí como un concepto diferente, no en tanto que atributo de las

personas, sino como función en las relaciones.

En síntesis, con esta nueva teorización aparece una visión extremamente útil para la clínica: la de considerar la patología psíquica como el resultado de un juego en curso, comprensible en términos de reglas del juego familiar y de estrategias del individuo. Se abandona así el reduccionismo que atribuía exclusivamente a la familia cualquier manifestación sintomática, dando responsabilidad al individuo, del que se tiene en cuenta cómo está situado en los diferentes niveles sistémicos y suprasistémicos, así como el coste de su adaptación.

Pensar en función de juego se distancia de posiciones holísticas, que consideraban las conductas del individuo como necesarias para la supervivencia del conjunto, y al síntoma del paciente designado, al servicio de la familia y sacrificado por ella. Ahora se analiza el síntoma como estrategia, estudiando no sólo su función en el aquí y ahora, sino viéndolo en términos de proceso (se añade la dimensión temporal, obviada hasta entonces).

La meticulosidad del trabajo del grupo de Milán queda reflejada en la minuciosa descripción del juego familiar que realizan en su investigación con familias psicóticas y anoréxicas. De esta investigación surge una modelización en familias con los juegos descritos, en una secuencia temporal, que puede ayudarnos a entender la conceptualización del enfermar que tiene la escuela durante esta etapa.

Los estadios en el juego psicótico de la familia

Al investigar la evolución temporal de los procesos de interacción en las familias psicóticas y anoréxicas, se parte del funcionamiento de la pareja de padres del paciente. En el caso de las familias psicóticas, describen un *primer estadio* del proceso: el impasse de la pareja parental. Se define este segmento del juego como aquel en el cual dos adversarios parecen destinados a afrontar eternamente una situación de pulso entre ellos sin salida: su relación no sufre verdaderas crisis, ni separaciones liberadoras, en el contexto de un conflicto crónico. Denominan a uno de los jugadores como “provocador activo “y al otro como “provocador pasivo”, ya que esta percepción de su funcionamiento es la que resalta en un análisis superficial y coincide con la visión que tiene el paciente sobre la relación entre sus padres. Un estudio en profundidad permite

ver por el contrario que “es un juego en el que cada uno de los compañeros reacciona a la movida del otro con una contra-movida, anulándole su eventual ventaja, sin querer en absoluto abusar de la victoria” (Selvini Palazzoli et al, 1990, pág. 175). Describen asimismo un proceso similar de seis estadios que parten del juego de la pareja parental en las familias anoréxicas, en el que “cada padre inflige al otro cierto tipo de provocaciones, sin lograr obtener una respuesta apropiada” (Selvini Palazzoli et al, 1990, pág. 187) y concluye con el síntoma anoréxico de la hija y las estrategias de ésta basadas en la continuidad del mismo.

Los padres de Luna se conocen en el trabajo. No pueden recordar quién dio el primer paso para acercarse al otro; su noviazgo parecía más fruto de una apuesta que de una atracción mutua. Ya en los inicios de la relación, reconocían que había conflictos entre ellos que les habían dejado heridas psicológicas profundas: frustraban las expectativas del otro, él no la había apoyado cuando falleció la madre de ella… Habían conseguido mantener la relación a través de una distancia emocional, no exenta de conflictos esporádicos. Aparentemente era la madre de Luna quien provocaba y se mostraba dominante en los conflictos. El padre, con apariencia sumisa, parecía sólo defenderse, pero su posición era irreductible, frustraba todas las expectativas de su esposa.

Pasamos al *segundo estadio* cuando se produce la intromisión del hijo en el juego de la pareja. El futuro paciente designado toma al provocador pasivo por una víctima y al activo por un verdugo, contribuyendo ambos padres a esta percepción. El provocador pasivo, aparente perdedor, intentará seducir al hijo con actitudes más o menos encubiertas buscando el apoyo del mismo. En esta seducción hay una promesa implícita, pero cuando el hijo se compromete en el juego, la promesa es negada ambiguamente. El objeto de este engaño no es confundir al hijo, que no es muy tenido en cuenta, sino que el centro focal sigue siendo el otro cónyuge y el pulso que con él se mantiene.

Cuando nacen las hijas, los padres de Luna intentan que se posicionen en el conflicto buscando su apoyo. Cuando nace la pequeña, Luna, tras un embarazo no deseado, la madre se incorpora al trabajo, decepcionada de la vida familiar. Su marido aprovecha para transmitir a las hijas que esta madre no quería a

Luna; la incorporación al trabajo es interpretada en clave de rechazo. La relación entre Luna y su madre ha sido desde el inicio conflictiva, ya que este nacimiento coincide con un periodo de crisis grave en la pareja de padres. Luna toma posición por su padre, se rebela contra las normas de su madre y cree tener el apoyo de su padre, ambos coincidentes aparentemente en considerar a la madre como una mujer dominante de quien había que defenderse.

En un *tercer estadio*, encuentran una conducta inusitada del hijo. El paciente designado toma partido secretamente por uno de los padres, no de manera abierta, pero progresivamente se da cuenta de que el supuesto perdedor no reacciona. Los síntomas surgen entonces como hechos que no podrán pasar inadvertidos, con un doble objetivo: hacérselas pagar al vencedor y mostrarle al perdedor cómo debería rebelarse. Su estrategia puede tener éxito, y el provocador activo puede llegar a retroceder en sus conductas, o el pasivo puede por fin defenderse. Pero si nada de esto ocurre el hijo ha fracasado estrepitosamente. La sintomatología psicótica será entonces el arma que le permite prevalecer.

Al llegar a la adolescencia, las hermanas mayores, más cercanas a la madre, se emancipan y Luna pretende crear en la familia un espacio propio. Al no conseguirlo, comienza a ir mal en los estudios, a encerrarse en su habitación y se sabotea comiendo en exceso y ganando peso. Lejos de ser considerados estos comportamientos como un toque de atención, logran aumentar los conflictos madre-hija, mientras el padre sigue sin apoyarla abiertamente, más preocupado por la marcha de las hijas mayores que por estos conflictos.

En el *cuarto estadio* se produce el viraje del presunto aliado. El hijo fracasado en su intento de someter al padre vencedor, se ve además traicionado por su cómplice secreto, que se alinea con su enemigo. Con ello se inicia el *quinto estadio*: la eclosión de la psicosis. Los síntomas aparecen como manifestación de sentimientos (rabia, furor, depresión), pero también como confusión en un marco en el que sus percepciones han sido distorsionadas y no confirmadas a lo largo del tiempo.

Emancipadas las hermanas mayores, Luna constata no sólo la falta de apoyo del padre, sino que percibe que el interés de este padre está centrado en su

hermana mayor, a pesar de que esta hermana había sido el apoyo más explícito de la madre contra el padre; constata también la importancia que su madre tenía para su padre, pese a la hostilidad aparente. Se encierra en su habitación e intenta comunicar su malestar con dibujos cifrados y llevando vida nocturna. Cuando su madre la echa de casa se hace más evidente el engaño del padre: no mueve un dedo para retenerla ni para frenar a la madre en esta expulsión. Intenta hacer una vida fuera de la familia pero la madre convence a las hermanas de que la actitud de Luna es fruto de una enfermedad mental; intentan retenerla en casa para llevarla a la fuerza a consulta. Se produce una escena violenta, con rotura de objetos, gritos, que el padre presencia sin intervenir y que finalizará con una intervención de la policía, que no considera propicia esta retención domiciliaria de Luna para obligarla a consultar, siendo ya en ese momento mayor de edad.

Pasamos entonces a un *sexto estadio*: cuando la familia desarrolla estrategias basadas en los síntomas. Desde el momento en que la psicosis hace su aparición en la familia, sus miembros pueden realizar acciones para producir un cambio, lo que podría estar detrás de la buena evolución de algunos episodios psicóticos. En otros casos, la conducta psicótica del paciente se cronifica cuando alrededor del síntoma del hijo cada miembro de la familia ha organizado su propia estrategia, que tiene el efecto pragmático de mantenerlo.

La eclosión de los síntomas reagrupa al sistema familiar: las hermanas vienen a casa a diario, los problemas de pareja pasan a segundo plano y estos padres, aparentemente irreconciliables, toman medidas económicas, contando seguramente con la persistencia de estos síntomas. Ofrecen dinero a su hija mayor para comprar un piso. Dejan a disposición de la segunda una cantidad de dinero en el banco, del que sólo podría disponer una vez que su actual relación de pareja y su trabajo fueran ya estables. Para Luna habían optado por lo que para ellos era una situación de privilegio: convencidos de su fragilidad como enferma mental, el piso familiar pasaría a ser de su propiedad… a partir de la muerte de los padres. Este reparto económico dejaba claro que la familia intuía una mala evolución en Luna y aplazaba su autonomía sine die.

Utilizando la metáfora del juego, se observan así las vinculaciones entre

síntomas, conducta individual y relaciones familiares. La descripción se hace en términos de una espiral de movidas y contra-movidas, llevadas a cabo por actores más o menos hábiles en sus estrategias de juego relacional (nivel individual), vinculadas a las reglas del sistema familiar (nivel microsistémico) y con las reglas socioculturales (nivel macrosistémico), e influidos por hechos imprevisibles.

No debe interpretarse la metáfora del juego de manera lúdica o trivial, ni puede compararse con juegos de carácter político o empresarial, donde los objetivos pueden ser conscientes y calculados. Todas las familias, en la medida que se relacionan, "juegan"; no jugar es imposible. Implícito en el análisis está una concepción de qué es lo adecuado para un buen funcionamiento de la familia: que ésta encuentre una correspondencia entre estructura real y manifiesta. No hay estructuras buenas o malas por sí mismas, sino juegos que respetan la estructura manifiesta y juegos que la confunden.

El embrollo y la instigación

De esta investigación surgen dos conceptos teóricos fundamentales: el embrollo y la instigación, que junto con los estadios anteriormente descritos nos sirven para entender la aparición de la patología.

El término *embrollo* engloba los conceptos de intriga, confusión, y estafa. Se describe con este término la traición hecha al paciente por el "padre preferido" o padre por el que el paciente ha tomado partido en el impasse de la pareja de padres. Los síntomas se consideran como el efecto pragmático de ese viraje, que quizá hubiese precedido en poco tiempo y desencadenado la eclosión de los síntomas. Por supuesto todo aquello que ha sucedido y sucede es inaccesible a la expresión verbal, y se construye en múltiples niveles analógicos que "se modifican y se enredan en el tiempo". La permanencia de estos juegos viene además vinculada al hecho de que en ellos se incluyen relaciones intergeneracionales ilícitas, como son las coaliciones entre un miembro de la pareja con un hijo en contra del otro cónyuge. Estos aspectos ilícitos suponen que el denunciarlos se haga difícil, por lo que se elige un espacio para la denuncia y la reivindicación encubierta: el de los síntomas.

Volvamos al caso de Luna. Los mensajes que recibió de su padre acerca del rechazo de su madre así como de su supuesta preferencia por ella, pasaban por

comportamientos no verbales de apoyo y comprensión, mientras que en el plano verbal mantenía una ambigüedad manifiesta. No obstante, ella interpreta estas señales como prueba del apoyo paterno, que cree que es poco explícito por el temor de su padre a la ruptura de la familia. La marcha de sus hermanas de casa y la falta de apoyo cuando su madre la echa de casa, tienen un efecto revelador del embrollo, de la estafa relacional en la que había vivido creyendo tener una preferencia y apoyo de este padre que no eran tales.

Definen asimismo *la instigación*, no en el sentido lineal de persuasión al mal, consciente y reiterada, en el que alguien instiga y alguien es instigado, sino en una dimensión relacional mucho más compleja, en la que quien empuja a alguien contra otro, es a la vez también instigado por éste y por un tercero (la instigación adquiere así un nivel triádico). Se lleva a cabo fundamentalmente en el nivel analógico (no en el verbal), se da de manera repetida y es de un potencial lesivo muy alto. Con la participación de la familia extensa en este juego instigatorio, la complejidad crece de un modo exponencial.

Juan nace en un momento de la vida de sus padres marcado por la desilusión: nadie de la familia paterna visitó a su madre en el Hospital durante su nacimiento, su padre quitó importancia a ese desprecio. Desde muy pequeño su madre le instigó abiertamente contra su padre: con el bebé en brazos le incitaba a burlarse de su padre, sacarle la lengua. Ulteriormente este hijo empieza a irritarla, considera que se parece al padre y somete a ambos a continuos desaires y críticas. Juan percibe al padre víctima y a la madre agresora, se siente cercano al padre. Ahí empieza la instigación paterna, larvada, encubierta. Las señales del padre de estar harto de la situación, mostrándole sin palabras su desacuerdo con la dominación de su madre, espolean a este hijo contra su madre, confiando tener el apoyo paterno para ello. Cuando en la adolescencia debutan los primeros comportamientos de rebeldía de Juan, son éstos una instigación al padre mostrándole cómo se debe hacer para someter a su madre autoritaria. A su vez las respuestas maternas para someter al hijo e incitar al padre a comportamientos más "varoniles", son a su vez instigaciones dirigidas a padre e hijo que refuerzan el juego.

3. Proceso terapéutico y estrategias de intervención

La reflexión sobre aquello que "hace cambiar" contribuye a la investigación

psicoterapéutica del grupo de Milán, influyendo recíprocamente en los aspectos técnicos que desarrollan y utilizan. Presentamos a continuación la concepción del proceso terapéutico y las estrategias de intervención propias de cada etapa del equipo de Milán, ya que las formulaciones teóricas y el estilo de trabajo se fueron modificando consecuentemente a la evolución teórica del grupo.

3.1. Etapa psicoanalítica

En el primer periodo, y aún a pesar de ampliar el campo de observación del individuo a la familia, entienden que el proceso de cambio tiene su origen en lo intrapsíquico y en la influencia de la trasferencia y contratransferencia de la relación terapéutica, por lo que buscan como objetivo la modificación de la psique individual de cada miembro de la familia. Advertimos los aspectos transicionales de este periodo por las contradicciones técnicas, donde coexiste la rigidez de la duración de las entrevistas con una flexibilidad en cuanto a aceptar las familias que llegan amputadas de alguno de sus miembros, o la falta de directividad en la conducción de las mismas, permitiendo la interacción entre los miembros de la familia, postura antagónica a la que van a adoptar en periodos posteriores (Prata et al, 1992; Viaro y Leonardi, 1983).

No obstante, retienen de las técnicas psicoanalíticas aquellos aspectos que les van a permitir trabajar mejor con la familia: las técnicas de la terapia de grupo, la interpretación de lo que acaece en el presente de la relación transferencial, la creación de equipos terapéuticos de diferente sexo, que servirán a la familia como modelo de identificación con el funcionamiento de una pareja adulta funcional (la terapéutica). La interpretación de la transferencia tiene dos niveles de abordaje: el individual (la transferencia y contratransferencia de cada miembro de la familia) y la trasferencia del grupo familiar en su conjunto. El pasado psicoanalítico de la totalidad de los componentes del grupo, la aproximación a la terapia de familia estadounidense a través de autores que no habían adoptado posiciones “sistémicas puras” (fundamentalmente Framo y Boszormenyi-Nagy) así como el auge del psicoanálisis en la psiquiatría europea de la época, explican lo difícil de esta evolución del psicoanálisis al enfoque sistémico.

3.2. Etapa comunicacionalista

Centrar la observación en las relaciones entre familia y terapeuta y entre los miembros de la familia, conlleva necesariamente el análisis de la comunicación, tanto verbal como no verbal. Se inicia así el periodo denominado por ellos mismos “comunicacionalista”, en el que se basan en la pragmática de la comunicación y en el que las técnicas terapéuticas se dirigen a la corrección de las disfunciones de la comunicación entre los miembros de la familia (rechazos, desconfirmaciones, descalificaciones), apoyándose en la teoría de la Pragmática de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick (Watzlawick et al, 1967).

No obstante, la técnica de intervención se mostraba ya compleja, dado que las entrevistas eran realizadas por un terapeuta en contacto con la familia (terapeuta directo) y un terapeuta supervisor, que seguía la entrevista a través de un espejo unidireccional. La observación y análisis de las entrevistas comprendían no sólo la comunicación entre los miembros de la familia, sino la que se establecía entre éstos y el terapeuta directo.

La herramienta utilizada para el cambio terapéutico era fundamentalmente pedagógica, enseñar a comunicar, aproximándose así durante esta fase a la autora americana Virginia Satir. Este enfoque enseguida se muestra insuficiente e ingenuo especialmente en las familias de transición psicótica, en las que el trastorno comunicativo es una manifestación más de la patología. Más tarde la propia Selvini hará una crítica acervada de estas técnicas pedagógicas, diferenciando claramente las tácticas que son propias de un contexto pedagógico de las que pertenecen a un contexto terapéutico (Selvini Palazzoli, 1970), llevándoles a la investigación con métodos paradójicos, en los cuales el terapeuta asume un rol provocador y catalizador de cambios (Selvini Palazzoli et al., 1975).

3.3. Etapa paradójica

Desde el enfoque paradójico el cambio se produce gracias a la alteración del punto de vista que la familia tiene del mundo y a este cambio se llega más a través del experimentar que del decir; dada la homeostasis rígida de los sistemas con los que tratan, lo esencial es inducir una crisis, supuesta como terapéutica. Así, el cambio se concibe como discontinuo, es un salto (Watzlawick et al., 1976), en contraposición con concepciones gradualistas del

cambio entendido como crecimiento personal, toma de conciencia, aprendizaje progresivo, etc.

En términos metafóricos, nos dice Selvini, el terapeuta paradójico es un terapeuta *cazador* (Selvini Palazzoli et al, 1988). Equiparando sus intervenciones con un *arpón,* dice: “cuando curamos a una familia con un comentario paradójico, es como si cazamos a una ballena con un arpón, la ballena desaparece pero con un arpón que sigue actuando lentamente” (Selvini Palazzoli, en Selvini, 1990, p. 127). El terapeuta no es acompañante o guía del proceso (terapeuta *nodriza*) sino que induce una crisis que modifica la visión de la familia sobre el mundo, el síntoma y las interacciones entre ellos, posibilitando el cambio.

A partir de 1971 el grupo integrado por Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin rompe con el eclecticismo del periodo anterior y opta por una visión sistémica pura, acercándose al trabajo de Palo Alto, modelo en la época de ortodoxia en la terapia familiar sistémica. A lo largo de este periodo, el trabajo del equipo se estructura siguiendo estas modalidades:

- Trabajan siempre con un modelo “bi-cameral”: los terapeutas directos y los supervisores quedan separados por un espejo unidireccional.
- El equipo está formado por dos terapeutas varones y dos terapeutas mujeres, trabajando en equipos cruzados para evitar los sesgos de género en las intervenciones.
- El trabajo del equipo directo se basa en la observación de las relaciones entre los miembros de la familia
- El equipo supervisor une a la anterior tarea el análisis de las relaciones entre terapeutas directos, y entre cada uno de estos y los diferentes miembros de la familia.

Las entrevistas son poco estructuradas, casi como un combate entre familias rígidas que resisten al cambio y terapeutas que les empujan al mismo. En cambio existen en la misma aspectos altamente ritualizados: la tecnología de que se dotan (espejo, vídeo-registro), las pausas de la entrevista, en las que equipo directo y supervisor contrastan sus impresiones, la decisión de qué terapeuta es más oportuno para decir tal mensaje, el tono con el que se intenta definir de modo claro la relación con cada miembro de la familia, y sobre

todo, el cómo finaliza la entrevista. Es ésta la parte más ritualizada: tras una última pausa, los terapeutas, basándose en las informaciones relevantes de la sesión, dan a la familia una conclusión que tiende a perturbar su equilibrio y a inducir un cambio terapéutico. La importancia que se da a esta conclusión como instrumento terapéutico, es crucial durante esta etapa: bajo la forma de una prescripción simple o ritualizada, o más frecuentemente un comentario o prescripción paradójicos, es considerada como una bomba contra la rigidez del sistema. Consecuentemente con el efecto que se espera de ella, la entrevista se interrumpe de inmediato, impidiendo a la familia comentar o refutar sus contenidos.

Las bases sistémicas en las que se apoyan les llevan a buscar herramientas terapéuticas basadas en la circularidad de las relaciones. Si durante el periodo comunicacionalista empleaban como instrumento de cambio el lenguaje verbal, en esta etapa necesitan instrumentos más adecuados para acceder a la circularidad de las relaciones. Consideran que el lenguaje verbal está estructurado de forma lineal y es, por tanto, poco adecuado para describir y modificar relaciones; sin embargo, las prescripciones de tareas permiten la circularidad englobando a todo el sistema familiar.

La *prescripción simple* es poco utilizada como instrumento terapéutico, pero sí la consideran útil para organizar la siguiente entrevista en torno a las retroacciones que la prescripción ha producido. Resultan de más interés terapéutico las *prescripciones ritualizadas*. En *Paradoja y Contraparadoja*, definen los rituales familiares prescritos como una acción o una serie de acciones en las que deben participar todos los miembros de la familia. Por regla general, estas acciones se combinan con fórmulas o expresiones verbales. Para ser eficaz, el ritual debe concernir a toda la familia (Selvini Palazzoli et al., 1975).

Basándose en el supuesto de que los cambios no se producen por el insight sino experimentando situaciones nuevas, los rituales intentan cambiar las reglas del juego familiar, sin recurrir a críticas ni explicaciones. El ritual precisa dónde, cuándo, cuántas veces se ha de realizar y si hay comentaros verbales que alguno o todos los miembros de la familia deben hacer. A través del ritual, la familia no sólo experimenta una nueva situación, sino que además

lo hacen a través de una fórmula que les permite compartir una vivencia, inculcan la idea de “unidad familiar, cooperación y complementariedad con el bien común”. Obviamente, cada familia y cada situación precisa un ritual adaptado; la tensión creativa de este trabajo es enorme.

Una familia pide ayuda para su hija, Erika, de 8 años, diagnosticada de mutismo electivo. En la familia existían secretos importantes, que todos conocían pero de los que no se hablaba. Esta niña expresaba a través del mutismo fuera de la familia la protesta y al mismo tiempo el acatamiento de la regla familiar del silencio. Al final de la entrevista los terapeutas prescriben a la familia reunirse todos para la cena a una hora prefijada para que nadie esté ausente. Desde el inicio de la cena, el padre con una campanilla daría el toque de silencio, que solo interrumpiría un segundo toque al final de la cena. A través de este silencio compartido toda la familia se solidarizaría con Erika, sintiendo todos el inmenso esfuerzo que debería estar ella realizando a través de su mutismo electivo.

Una técnica prínceps de este periodo es la *connotación positiva*, hasta el punto de que Giuliana Prata habla de ella como de una clave marcadora de esta etapa (Suárez, 1985). Consiste en la aprobación no sólo de los síntomas del paciente, sino del resto de los comportamientos disfuncionales de todos los miembros familiares. Apoyándose en la teorización de que las familias por ellos tratadas tenían una homeostasis rígida (resistencia al cambio), connotar positivamente los síntomas permitía ser aceptado por el sistema familiar, indispensable en los primeros momentos del encuentro familia-terapeuta, ya que en ellos, tras la demanda de ayuda, se esconde el pánico a la ruptura de la homeostasis. Lejos de señalar la necesidad de cambios, los terapeutas acceden al sistema familiar poniendo en un plano de igualdad a todos los miembros, todos cooperantes a través de sus síntomas al mantenimiento del estatus quo.

La connotación positiva prepara para ulteriores comentarios y prescripciones paradójicas. Definir como positiva y funcional la tendencia homeostática de la familia, da sentido a la utilización posterior de la prescripción paradójica del síntoma.

La *prescripción del síntoma* representa una contraparadoja terapéutica. El síntoma es por definición espontáneo, no controlado por el individuo.

Denuncia la necesidad de un cambio y al mismo tiempo, lo obstaculiza. Si el síntoma continúa tras la prescripción del mismo, el paciente queda atrapado en una relación paradójica: ¿el síntoma persiste autónomamente o por efecto de la prescripción del terapeuta? Para salir de esa paradoja, bien el paciente abandona el síntoma, o bien continúa con el mismo, lo que implica aceptar la definición de la relación establecida por el terapeuta.

Pablo tenía 38 años cuando acudió a consulta psicoterapéutica, tras un largo peregrinar por varios especialistas por sus cuadros depresivos, que le "obligaban" a meterse en la cama, abandonándose hasta llegar a situaciones físicas de riesgo. Su madre desesperada le visitaba diariamente cuando esto ocurría. En un momento de mejoría durante la terapia, se prescribe al paciente meterse en la cama tres días por semana, y hacer todas las actividades diarias desde allí: trabajar, comer, hablar. El paciente se encuentra entonces en un doble vínculo terapéutico, que cuestiona la incontrolabilidad del síntoma. En esta encrucijada, Pablo pide el alta y consigue reincorporarse a su trabajo habitual, abandonando el síntoma.

3.4. Etapa de hipotetización, circularidad y neutralidad

En este periodo el interés de la Escuela se desplaza desde la intervención final (conclusión de la entrevista) a los modos de conducción de la misma. El cambio se concibe no sólo dependiente de esa conclusión final y retadora al status quo de la familia, sino también de cada una de las intervenciones que el terapeuta realiza durante la entrevista con el objeto de recoger el máximo de informaciones significativas para llegar a la comprensión del síntoma. La exploración que va haciendo el terapeuta y la elección de las preguntas, contribuyen a un cambio en el punto de vista de cada uno de los miembros de la familia, incluido el paciente, posibilitando el cambio también en otros niveles (conductual y emocional).

La publicación en 1980 del artículo "Hipotetización, circularidad, neutralidad", pone sobre el tapete las líneas conductoras de la entrevista; es un punto de inflexión crucial en las técnicas para el cambio terapéutico.

Tras el neologismo de *hipotetización*, encontramos un modo de conducir la entrevista en el que, basándonos en los datos que previamente conocemos, se hacen una o varias hipótesis acerca del funcionamiento de la familia que

consulta. La hipótesis en sí misma no es verdadera ni falsa, es un mero hilo conductor para llevar a cabo el programa de la entrevista.

C. Raffin propone una actitud refutadora durante la entrevista a la hora de controlar las hipótesis (Raffin, 1988). Una hipótesis guía que ofrezca explicaciones provisionales del problema, es requisito indispensable de todo procedimiento científico. Si esta hipótesis es incompleta o no suficientemente clara, no puede ser refutada. Las hipótesis se basan en eventos de la historia familiar y en los conocimientos que posee el terapeuta sobre los juegos familiares. La atención del terapeuta debe dirigirse a refutar cuanto antes las hipótesis, ya que si en la conducción de la entrevista buscamos verificarlas, nos dirigimos a los miembros que nos las confirman y nuestra información no será otra que la que ya poseíamos en el inicio.

En un artículo publicado en 1996 Prata y Raffin señalan que no todas las hipótesis son igualmente útiles para producir un cambio terapéutico (Prata y Raffin, 1996). Cuando al dar el diagnóstico a la familia se otorga un significado distinto a las acciones de los distintos miembros de la familia, las respuestas a estas acciones cambian también, así como los sentimientos que llevan ligados. Lo que el terapeuta transmite no es tanto la realidad de lo que acontece en la familia (puesto que parten del supuesto de que no hay una única realidad), sino la descripción que construye y organiza el terapeuta de lo que allí ocurre. Pero esta descripción del juego familiar debe ser plausible para la familia, y para ello, estas hipótesis deben basarse en hechos narrados por sus miembros.

Rosa es ingresada por reiterados intentos de suicidio. En los datos de la entrevista familiar aparece que ella nace fruto de un embarazo gemelar. La madre no espera esta segunda hija y tuvo dificultad para vincularse con ella. Rosa se adapta a esta madre esquiva con comportamientos de excesivo apego a su madre, hasta la separación de sus padres, tras la que opta por convivir con su padre. La hipótesis del equipo pone en relación la ideación suicida de Rosa con el rechazo materno, que se incrementa a partir de la citada separación. El terapeuta rastrea la hipótesis, indaga qué comportamientos de infancia pueden estar relacionados con la adaptación al rechazo materno. La ausencia de estos comportamientos refutaría la hipótesis; de no ser así la hipótesis se mantiene

como consistente para la comprensión del juego relacional en curso.

Cuando hablamos de controlar una hipótesis, nos referimos a compararla con acontecimientos difíciles de negar. Proponemos una posible visión de estos hechos ordenados de un modo diferente, para buscar un reequilibrio interno, que no necesite el comportamiento sintomático. Una hipótesis debe ser desechada cuando no es coherente con los acontecimientos, que se ordenan de manera que sean aceptados por la familia como una nueva visión del funcionamiento del sistema. El lenguaje utilizado para la terapia es ahora diferente; la revolución sistémica no es tanto encontrar nuevas palabras como el empleo de palabras ordinarias en un contexto diferente: el de la terapia (Prata y Raffin, 1996).

Por *circularidad* se entiende la técnica de entrevista en la que no se pide a cada miembro información sobre sí mismo, sino su opinión sobre la relación entre el resto de miembros de la familia, indagación que se hace siempre en términos de diferencia y cambio. Las preguntas circulares (quién, dónde, cuándo, quién más y quién menos…) son herramientas acordes con este principio de circularidad. Formulada la hipótesis, el terapeuta elabora sobre ella un programa de entrevista, ya que las hipótesis no se someten al veredicto de la familia, sino que se exploran a través de preguntas indirectas con el objetivo de controlar si con las informaciones que aporta la familia dichas hipótesis se sostienen o se refutan. Por *neutralidad*, entendemos la actitud terapéutica que parte del principio de no tomar partido por ningún miembro de la familia ni ninguna de sus tesis.

Estos tres principios están basados en la teoría de los sistemas y la pragmática de la comunicación. A través de ellos, se constituye un setting de entrevista que es ante todo una conversación, pero una conversación diferente a la social; es asimétrica, en tanto que familia y terapeutas juegan roles diferentes durante la misma. Ciertos movimientos son sólo un derecho del terapeuta, que tiene el rol de ser el que conduce la conversación.

Las reglas del setting terapéutico

A partir de este periodo, no sólo la conducción de la entrevista va a estar estructurada; sino que todo el setting terapéutico lo estará a través de *reglas explícitas*, mientras que la directividad de la entrevista estará basada en *reglas*

implícitas, que se siguen pero no se formulan.

Entendemos por *reglas del setting terapéutico* las modalidades que rigen los encuentros terapeutas-familia. Estas reglas, que se exponen a continuación, son explícitas e inderogables:

- Un primer contacto con un miembro de la familia a través del teléfono: un miembro del equipo recoge información sobre la familia, el motivo de consulta y en ese momento se da ya a la familia información sobre la modalidad de trabajo en y del equipo y el precio de las sesiones.
- Trabajo de equipo: La entrevista es conducida por un terapeuta directo y es supervisada en directo por otro u otros miembros del equipo a través del espejo unidireccional. La entrevista está semi-estructurada, con fases de recogida de información, pausas y momento de conclusión de la entrevista.
- Reglas del contrato: se especifica a la familia el número de sesiones que se consideran necesarias para el tratamiento, la indispensable disponibilidad de los miembros de la familia que cohabitan para asistir a consulta y se rechazan los casos donde miembros individuales están siguiendo otros tratamientos.

La investigación llevada a cabo por Viaro y Leonardi, utilizando el análisis conversacional para estudiar las reglas que implícitamente todos los miembros de la Escuela seguían con la totalidad de las familias, aparece reflejada en el artículo *Getting and giving information: analysis of a family-interview strategy* (Viaro y Leonardi, 1983). En dicho artículo, ambos autores deducen cuáles son las reglas de juego en la conducción de la entrevista y qué la diferencia tanto de una conversación social como de las técnicas de entrevista de otras Escuelas. Descubren que tanto los miembros de la familia como el terapeuta asumen que es éste la fuente de las reglas, ya que encuentran que: (a) el terapeuta y sólo el terapeuta, tiene derecho a escoger el tema; (b) el terapeuta y sólo el terapeuta tiene el derecho a decidir quién debe hablar y cuándo debe hacerlo; (c) el terapeuta y sólo él, tiene derecho a invitar a su interlocutor a ser más sucinto y a interrumpirle; (d) sólo el terapeuta tiene derecho a clausurar la sesión, y (e) el terapeuta y sólo él, tiene derecho a hacer preguntas, a hacer una síntesis y a hacer “meta-comentarios” organizadores y comentarios de refuerzo positivo y negativo.

La técnica de la entrevista, en esta etapa, está fundamentada en los principios de *reticencia* (terapeuta y familia tienden a no poner la información sobre el tapete) y de *competencia* (todos los miembros de la familia se consideran competentes para participar en la entrevista y aportar sus puntos de vista). Para testar la fiabilidad de la información aportada, se exploran las contradicciones entre los diferentes miembros de la familia o entre diferentes momentos de la entrevista; se subrayan estas contradicciones y se pide información para entenderlas.

3.5. Etapa de la prescripción invariable

Como ya se ha visto, el carácter investigador y científico del equipo de Milán les lleva a la búsqueda y aplicación de un método uniforme en el trabajo con las familias que permita obtener información significativa para el control de las hipótesis y la valoración ulterior de los resultados terapéuticos. Con esta finalidad surge la aplicación de la serie invariable de prescripciones, que durante este periodo es aplicada de manera sistemática.

Partiendo de la observación de la dificultad que tenían los padres para controlar a los hijos cuando la frontera entre padres e hijos era demasiado difusa y donde cada uno de los padres interfería en los modos educativos del otro, neutralizándose mutuamente, comienzan a dar a las familias una prescripción ritualizada, según la cual padre y madre debían alternarse para la educación y control de los hijos, estableciendo para uno de ellos los días pares y para el otro los impares, dándoles a los hijos el papel de levantar acta de lo acaecido. Constatan que las familias no siguen la prescripción, por lo que afinan la estrategia terapéutica, dando paso a lo que al inicio denominan “nuevo método” y más tarde “serie invariable de prescripciones”.

Convocados a la primera entrevista todos los miembros significativos de la familia extensa, recaban información que les ayude a desvelar el juego familiar y tras esta entrevista agradecen la colaboración de los que no pertenecen a la familia nuclear, despidiéndose de ellos y convocando a la segunda sesión únicamente a padres e hijos. Se refuerzan así los límites intergeneracionales entre la primera generación y la familia nuclear.

En la segunda entrevista se sigue indagando el juego con los miembros de la familia nuclear, despidiendo a los hijos al final de la misma tras haber testado

la motivación de la familia para el tratamiento. A partir de aquí las entrevistas se realizan con los padres solos, considerados como coterapeutas para resolver los problemas del paciente designado. A través de sucesivos rituales (prescripción de mantener el secreto con todo el mundo sobre los contenidos de las entrevistas, salidas secretas y ritualizadas de ambos padres…), van reforzando límites intergeneracionales y descubriendo y modificando coaliciones patógenas en la familia.

Esas prescripciones, aplicadas a familias con miembros que tenían diversos diagnósticos, permitieron modelizar juegos propios correspondientes a diferentes trastornos psíquicos, viendo las redundancias de lo hallado dentro de cada trastorno y al mismo tiempo las diferencias con familias que presentaban patologías diferentes.

Al comienzo de la psicoterapia, con la asistencia de toda la familia, el terapeuta busca desvelar el juego familiar e inducir una crisis terapéutica (terapeuta “cazador”) para posteriormente, al quedarse sólo con la pareja parental y crear una alianza terapéutica desde la consideración de éstos como “coterapeutas” frente al problema o síntoma, convertirse en terapeuta “nodriza” (crianza).

En la terapia prescriptiva (serie invariable de prescripciones), la conducción de la entrevista adopta una modalidad diferente de la utilizada en periodos previos. El terapeuta introduce pronto su propio punto de vista, en cuanto encuentra una “señal” que corresponde a una hipótesis de su repertorio, fruto de su experiencia y sus conocimientos. El punto de vista del terapeuta es el principio organizador de la sesión. La entrevista se inicia a través de una sección de apertura, en la que el terapeuta hace una pregunta que no se corresponde naturalmente con lo anterior, sino que está basada en sus propios supuestos, y a la que la familia responde con perplejidad y protesta, por lo que el terapeuta inicia una nueva sección de desarrollo, durante la cual abandona su supuesto, hasta encontrar nuevas informaciones en que pueda sustentarlo. Los principios de la técnica previa, denominada por Viaro “técnica estándar”, siguen vigentes, pero el terapeuta se expone más, haciendo conjeturas, preguntas retóricas o introduciendo progresivamente el supuesto que explicaría los problemas de la familia.

Los García piden consulta para su hija Sara, quien presenta severos síntomas de anorexia restrictiva. Llegan a consulta dispuestos a relatar en extenso los múltiples comportamientos de Sara para evitar alimentos calóricos, para disminuir la ingesta invocando la excusa de dolores gástricos… El terapeuta se dirige a los padres y les pregunta: "si por un momento imaginamos que Sara esté llevando a cabo una huelga de hambre, sin que sepamos el motivo de la misma, ¿qué razones se les ocurre a ustedes que ella pudiera tener para una huelga tal?". Ambos padres perplejos parecen no entender la pregunta, no consideran que Sara tenga razones para protestar… El terapeuta deja de lado este tema por el momento. Cuando más adelante en la entrevista la madre narra la disconformidad de su hija al tener que compartir la habitación con su abuela enferma, con quien cohabitan desde hace meses, retoma la hipótesis: "preguntaba antes por posibles motivos para haber declarado una huelga de hambre. ¿La llegada de la abuela puede ser uno de ellos?".

Apoyándose en este periodo en la Metáfora del Juego, lleva a una conceptualización del cambio como un proceso complejo, que contempla tanto saltos evolutivos consecutivos a crisis, como una evolución más gradual, que tendría lugar en la relación terapéutica a través de la alianza que se establece con los padres, o en los efectos que los cambios del sistema producen en el paciente señalado (Sevini Palazzoli et al, 1990).

La terapia es descrita como un juego y por tanto el terapeuta es entendido como un jugador más del sistema co-construido con la familia (sistema terapéutico). Así, toda comunicación es entendida como una jugada que tiende a la persistencia del juego o bien que invita a cambiar de juego o de reglas (metajuego); la intervención terapéutica estará encaminada precisamente a modificar las reglas de juego generadoras de patología.

La aplicación del llamado "nuevo método" (con la serie invariable de prescripciones) y la reflexión posterior en términos de juego, permite entender de modo diferente la función que cumplen las prescripciones en el cambio. La creación de una alianza terapéutica con los padres del paciente va a ser crucial; trabajar la motivación y aceptación del tratamiento por parte de la pareja y proponerles guardar el secreto sobre lo acontecido en las sesiones, es una propuesta de juego diferente al que mantenían en el pasado. La aceptación

del tratamiento coloca a la pareja en un lugar subordinado a la terapia, pero la prescripción del secreto les diferencia de la primera y tercera generación, situándoles además en un plano igual y de cooperación entre ellos y con el terapeuta.

3.6. Etapa del juego familiar

El análisis de la aplicación de la prescripción invariable durante la etapa anterior, permite el desarrollo teórico y estratégico de la Metáfora del Juego como instrumento de cambio.

La técnica principal consiste en la construcción de una metáfora de juego familiar, que es tanto más potente en la medida en que incluye a todos los actores principales del juego y se basa en informaciones y hechos aportados por la familia. Esto permitirá al terapeuta la propuesta de un juego distinto al que la familia trae a consulta, cuidando de no ser absorbido por el juego familiar en curso para no convertirse en mantenedor de modalidades disfuncionales.

El terapeuta, desde este modelo, buscará el esclarecimiento del juego y de las jugadas de los miembros de la familia, ya que consideran que sobre todo en las familias con patologías graves (psicóticas y anoréxicas especialmente) existen jugadas ocultas, negadas y que se llevan a cabo a espaldas de otros miembros de la familia, normalmente del paciente designado.

Volvamos al ejemplo de Juan. Involucrado en el impasse de la pareja, instigado por el padre contra una madre impositiva, protesta primero a través de comportamientos inusitados y más tarde a través de síntomas psicóticos. Los terapeutas deciden trabajar con la prescripción invariable, despiden a los hijos y citan a los padres, como colaboradores en el tratamiento. La prescripción del secreto y de salidas secretas ritualizadas, a realizar por la pareja de padres, puso de manifiesto el malestar de su hermano, hasta entonces confidente de la madre y excluido ahora de informaciones privilegiadas al seguir los padres la prescripción. Al contrario, Juan, sintiéndose por primera vez tratado como un igual en la fratría, no sólo aceptó con buen humor las salidas secretas sino que asumió su papel de hermano mayor organizando las cenas en ausencia de los padres. Esta coalición entre la madre y su segundo hijo no resultaba evidente hasta entonces; la prescripción tuvo así una función esclarecedora de la

maraña relacional a la par que terapéutica.

La forma de poner estas jugadas encima de la mesa ha variado con el tiempo. Mientras en el periodo paradójico, e incluso el prescriptivo, el terapeuta mantenía una posición distante y de lucha, en el periodo de la metáfora del juego se opta por una relación más colaborativa, el tono es de comprensión y empatía. En el desvelamiento del juego en la etapa paradójica, en la que la conclusión era la pieza clave, el terapeuta habría afirmado: "encontramos que en esta familia lo que ha ocurrido es… y por tanto deberían…" sin embargo, la tendencia en esta etapa, desde la hipotetización del juego familiar en curso, sería a decir: "…les ha ocurrido a ustedes algo desafortunado que hubiera podido ocurrirle a cualquiera en esta situación, incluso a mí; me pregunto si ustedes pueden ayudarme a comprender mejor…" (Selvini Palazzoli et al, 1990). El terapeuta busca una respuesta con la familia, dejando a un lado la creencia de que las familias son resistentes o que prefieren no colaborar, sintiéndose de esta manera más cercano y empático hacia la vivencia de cada uno de ellos.

3.7. Hacia un modelo multidimensional

El equipo de Milán, en su proceso de autoevaluación, toma consciencia de la importancia que siguen teniendo en su modo de trabajar las hipótesis comprensivas de las estrategias del paciente designado y del resto de los miembros de la familia, desde lo individual, en su sistema de reflexiones, que complementan las hipótesis relacionales del sistema. Consideran que la teoría del juego por sí sola no es satisfactoria para el estudio de las familias con miembros psicóticos, pues los sistemas humanos evolucionan por ensayo-error y los objetivos pueden ser mucho menos definidos y definibles.

Ya en el último capítulo de *Los Juegos Psicóticos de la familia* aparece un cuestionamiento de la rigidez de la convocatoria, el uso sistemático de paradojas terapéuticas y prescripciones invariables y se vuelve a dejar espacio a la hipótesis individual y a las estrategias individuales como claves de la intervención con el paciente y con cada uno de los miembros del sistema. Después desarrollarán en mayor profundidad esta forma de intervención en *Muchachas anoréxicas y bulímicas*, llegando a la modelización que se presenta a continuación.

Contactos iniciales con la familia

En el primer contacto del demandante con el centro se realiza una recogida de información más escueta que la ficha telefónica, en la que se verifica la adecuación de la solicitud con las competencias y capacidades de respuesta del equipo, se les da una explicación esencial sobre la necesidad de la colaboración de la familia y se decide a quién se debe convocar a los coloquios preliminares.

Los objetivos de estos primeros encuentros con la familia, a los que denominan “coloquios”, son: recoger una descripción del problema en el presente o en su desarrollo histórico y una descripción minuciosa de los intentos de abordarlo y resolverlo. Necesitan llegar a dos respuestas: una, sobre la naturaleza del problema presentado por el paciente y otra, acerca de la existencia o no de una indicación de consulta familiar. El terapeuta construye una definición del problema o síntoma en sentido psicológico y relacional a partir de las informaciones proporcionadas por la familia.

Se plantea la necesidad de tres-seis sesiones familiares para llegar a una diagnosis sobre las causas de los síntomas. Se verifica la disponibilidad de toda la familia nuclear, se trata de explicar cómo funcionan estas sesiones de consulta y cuál es el intervalo entre una y otra (cerca de un mes). Se abordan problemas específicos como el de la colaboración con otros eventuales especialistas médicos o psicoterapeutas y se exponen las distintas combinaciones de trabajo individual y familiar, posteriores a la consulta familiar. Se deja claro el coste de la consulta familiar.

Un segundo coloquio preliminar, se emplea para recoger la historia de los distintos miembros de la familia y los hechos significativos en su vida, obteniendo sólo indirectamente informaciones sobre relaciones, aunque pidiendo a los padres una muy sintética definición de sus relaciones pasadas en sus familias de origen.

En las sesiones posteriores de consulta familiar, se formula, con la familia al completo, una hipótesis relativamente precisa y articulada sobre las principales razones del sufrimiento de la paciente que han generado la elección de la anorexia como desesperado intento de exorcizarlo. Se verifican los recursos para el cambio en la familia, a través de la confrontación con el proceso

reconstructivo. El resultado de este test de “tratabilidad” conducirá a emprender flexiblemente uno u otro de los recorridos terapéuticos.

La intervención cuando se cuenta con la colaboración de toda la familia

En la mejor de las situaciones, se plantean un trabajo paralelo con la familia y la paciente: a diferencia del periodo anterior donde se tendía a trabajar con toda la familia durante las primeras sesiones, prosiguiendo luego con los padres, se tiende aquí a alternar las sesiones familiares, en las que desvelar el juego familiar y tratar de modificarlo, con sesiones individuales con la paciente, dándole en ellas un espacio propio, protagonista de su propia vida. Cada vez más a menudo, se hacen convocatorias diferentes para el subsistema parental y la fratría, creando así una reestructuración de la familia a través de la separación de subsistemas. El terapeuta debe, en estos casos, evitar la culpabilización de los padres, compatibilizando una actitud hacia ellos empática, confirmadora y responsabilizadora.

El trabajo exclusivamente con el núcleo familiar se ha revelado eficaz en situaciones de patologías alimentarias en sus comienzos o en reacciones anoréxicas presentadas por adolescentes. Cuando las situaciones se cronifican, este contexto de trabajo no se manifiesta como el idóneo.

En algunos casos, con particulares características de gravedad y, al mismo tiempo, cuando hay una riqueza de recursos potenciales, son posibles terapias paralelas de todos los miembros de la familia por separado. Permite identificar el enredo de las distintas vidas, con los eventos existenciales que las caracterizan, aparte de comprender cómo las estructuras de personalidad de los seres humanos se forman en relación con las circunstancias externas, además de con los modelos operativos internos.

Es inevitable en algunos casos trabajar en paralelo con la pareja de padres y la paciente, por ejemplo, cuando la paciente es hija única. Es opcional cuando la fratría no colabora con la terapia, pues se niega a entrar en contacto con su propio sufrimiento y con las eventuales deformaciones de personalidad derivadas de él.

En cuanto al trabajo con los padres, llevado a cabo en sesiones conjuntas, apunta a enfocar cómo cada cónyuge refuerza involuntariamente en el otro esas vivencias perturbadoras o depresivas que ha padecido en las vicisitudes

afectivas en la propia familia de origen, haciéndolo más doliente como persona y menos competente como padre/madre. La pareja puede ayudarse enormemente en la terapia para modificar los comportamientos de cada uno y aceptar las respectivas limitaciones debidas a su personalidad.

La hija, por primera vez, ve confirmadas sus percepciones y sus confusos juicios, que antes le eran puntualmente desmentidos y que el mismo terapeuta le ayuda a aclarar en la sesión. En una acción sinérgica, los padres reconocen sus limitaciones y así la ponen ante el duro pero ineludible deber de superar las propias.

La intervención cuando sólo se puede contar con algún miembro

Encontramos también un formato de *trabajo con madre e hija*, más frecuente cuando ambas están dispuestas a hacer un trabajo sobre sí mismas, mientras que el padre tiende a evadirse de cualquier responsabilidad y compromiso. El trabajo con la madre permite establecer una alianza explícita con una mujer que a menudo ha desarrollado en su propia familia la tendencia a renunciar a la propia afirmación y a los propios derechos, y que ha mantenido en la nueva familia esta tendencia, tanto respecto al marido como a los hijos. El objetivo del trabajo es conducirla a percibir sus propios estados internos de deseo y dolor, de manera que pueda dejar de reaccionar ante ellos con una exasperada actitud de sacrificio, ayudándola a centrarse más en sí misma y en su propia dimensión de autorrealización y de placer.

Si esto llega a ocurrir, puede constituirse a los ojos de la hija como un modelo menos deprimente y descalificado y como una madre menos invasora y controladora, contribuyendo a distanciar gradualmente a la chica, tanto de la idealización como de la seducción del padre, o bien de la convicción de que tiene que arreglárselas sola, pues carece de un apoyo fiable por parte de sus padres. La dificultad de este trabajo consiste en dosificar el estímulo para una mayor autoafirmación de la madre, conjugándolo con el subrayado de la necesidad de la hija de recibir calor y asistencia.

En algunos casos, con una paciente que se presenta irreductiblemente enamorada del poder patológico que obtiene del síntoma y un padre y hermanos que no aceptan la responsabilidad de sus relaciones con la problemática de la paciente, se plantea un *trabajo individual con la madre*

solicitante y dispuesta al trabajo terapéutico. En estos casos, si la madre es capaz de ejecutar estrategias eficaces de cambio, el terapeuta puede aliarse con su condición de perdedora en los juegos relacionales familiares y mostrarle instrumentos concretos para crecer.

En el caso de los *padres varones*, cuando se plantea un trabajo individual sólo con ellos, después de una inicial aceptación formal de tratamiento, se ha constatado una implicación superficial del padre cuando se trabajaba con la prescripción invariable, atrincherándose en general en actitudes de falta de compromiso y/o imposibilidad de cambiar sus actitudes profundas. Esto lleva a un giro en la estrategia: no empeñarse en trabajar con la pareja en estos casos, mejor trabajar sólo con la madre si es ella la motivada. El padre está habitualmente en una relativa condición de vencedor; a menudo ha conseguido en la relación de pareja la subordinación de su esposa a sus deseos cotidianos, aunque no el calor y ese resarcimiento afectivo profundo que anhela.

Mientras que su esposa está más expuesta a los ataques sintomáticos de la hija y a la dependencia enervante y hostil que a menudo la paciente instaura en relación a ella, el padre, si no siempre idealizado, es con frecuencia respetado o, cuando menos, se le deja en paz. No es de extrañar, por tanto, que difícilmente se implique en un verdadero compromiso terapéutico.

Cuando la hija rechaza un tratamiento individual, a diferencia del periodo anterior en el que los padres se erigían en colaboradores de la terapia, la intervención se orienta actualmente a trabajar sólo con la madre, sin insistir demasiado en involucrar a los padres recalcitrantes en un formato de pareja. Se trata de aprovechar las ventajas de una terapia de pareja con sólo uno de ellos, el que está peor, y que por eso, se siente motivado a emplearse a fondo, sin el lastre de un saboteador subterráneo que en realidad tiene o cree tener todos los beneficios al mantener sus posiciones de control.

En las fases sucesivas, si el padre da señales de desearlo o de acoger mejor la propuesta de terapia, puede ser útil una breve serie de puestas a punto de sus corresponsabilidades, con el fin de potenciar su cambio, ya sea en relación a su esposa, o a su hija.

Cuando el resto de los miembros rechaza la colaboración, el terapeuta se deberá proponer como principal interlocutor de la paciente, contenedor mental

sustitutivo de las deficientes funciones parentales, para promover su desarrollo hasta el momento en que las respuestas familiares permitan presagiar nuevas aperturas para colaborar en el cambio. Para la paciente, hacerse consciente de la historia familiar, de la frustración de sus propias necesidades infantiles y de las necesidades conyugales de sus padres, será una experiencia de maduración. En general, suscita vivencias de un duelo de unas relaciones con los padres que probablemente ya no serán nunca posibles.

La oferta de terapia individual representa una invitación a la paciente de hacerse cargo de sí misma, aceptando la falta de recursos de los familiares, subrayando el terapeuta los recursos de la paciente, como posibilidad de poder afrontar este duelo. Se trata de que pueda renunciar a sus pretensiones infantiles, tanto de obtener aquello que los otros no están en condiciones de darle, como de hacerlo todo sola, en un régimen de irreal omnipotencia.

4. Lecturas recomendadas

Selvini Palazzoli et al (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós. Recoge los métodos de investigación y de intervención de los autores desde 1972, basados en los modelos cibernéticos y de la pragmática de la comunicación humana. De manera concisa y con múltiples viñetas clínicas, este libro repasa los elementos característicos de este período del Equipo de Milán, con capítulos dedicados a conceptos tan importantes como la connotación positiva, las prescripciones paradójicas y los rituales familiares.

Selvini, M. (Comp.) (1990). *Crónica de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini*. Barcelona: Paidós. Este libro representa un brillante resumen del recorrido por las aportaciones de la Escuela de Milán, desde su inicio hasta 1980. Se trata de una excelente síntesis de la evolución de la Escuela de Milán y a su vez incluye artículos representativos de las diferentes etapas, que permiten al lector tener acceso a una amplia bibliografía de la Escuela.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia Familiar Sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu. Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin llevan a cabo una colaboración con Lynn Hoffman y Peggy Penn. Incluye un primer recorrido teórico y técnico de los orígenes de la Escuela de Milán de los que ellos

formaron parte y posteriormente el desarrollo de varios casos clínicos que comentan en un diálogo entre los autores.

Selvini Palazzoli et al. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós. En este libro se recoge la investigación desarrollada a partir de 1978, en la que en paralelo a la utilización de la metáfora del juego se emplea la “serie invariable de prescripciones”. Se aplica un modo de trabajo ritualizado y estable a familias que presentan diferentes tipos de trastornos, buscando modelos de juegos familiares propios a cada disfunción, así como diferencias de los juegos entre diferentes trastornos y aspectos idiosincráticos de cada caso en particular, que no forman parte de un modelo generalizable.

Selvini Palazzoli et al. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós. Este libro parte del seguimiento de 143 pacientes tratadas en terapia familiar entre 1971 y 1987, para luego comparar los resultados de dicha investigación con el resultado de otros 53 casos correspondientes a los últimos años. El análisis se acompaña de una revisión teórica que supera rígidos conceptos anteriores, y revaloriza la dimensión individual y personal de la paciente y de sus padres.

Bibliografía

BOSCOLO, L., CECCHIN, G. F., HOFFMAN, L. y PENN, P. (1989). *Terapia Familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

COOPER, D. (1971). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.

COVINI, A., FIOCCHI, E., PASQUINO, R., SELVINI, M. (1987). *Hacia una nueva Psiquiatría*. Barcelona: Herder.

PRATA, G. (1990). “Cuando la ‘puesta en juego’ es un niño que aún no ha nacido”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. vol. X, 32, 9-20.

PRATA, G (1994). “Juegos familiares: Amor y Odio en una pareja”. *Revista de Psicoterapia*, nº 28.

PRATA, G. y RAFFIN, C. (1991). “Guarire dalla rabia”. *Psicobiettivo*, 11: 35-45. (Trad. Cast.: PRATA, G. (1995). Curarse a través de la rabia. *Revista de Psicoterapia*, 6 (21), 41–82).

———— (1996). “Coherencia y plausibilidad del juego familiar hipotetizado,

condiciones requeridas para el viraje terapéutico". *Thérapie familiale*, 16 (3), 235-254.

———— (1998). "From methodological to ethical rigour". *Human Systems Journal*, 9, 203-211.

———— (1999). «L'utilisation des parents comme thérapeutes dans le traitement des enfants qui prèsentent des problèmes émotionnels et de croissance». *Thérapie Familiale*, 20 (3), 223-236.

PRATA, G., VIGNATO, M. y BULLRICH, S. (1992). *Il bambino che seguiva la barca: Interventi sistemici sui giochi familiari*. Roma: La Nuova Italia Scientifica. (Trad. Cast.: *El niño que seguía la barca.* Bilbao: Descleé De Brouwer, 2001).

RAFFIN, C. (1988). "Testing clinical hypothesis by means of Falsificationist Epistemology". *Family Process*, 27, 485-499.

———— (1997a). "La responsabilità terapeutica tra epistemologia ed etica, in Opinioni a confronto". *Terapia Familiare*, 53, 77-82.

———— (1997b). «De l'incertitude étiopathogénic en psychiatrie à la certitude évaluative en psychothèrapie». *Thérapie Familiale*, 18 (4), 311-322.

———— (2002). "Dinámica familiar. Obesidad". *Revista Medifam*, 12 (2), 152.159.

SELVINI PALAZZOLI, M. et al. Rédaction, (1999). Mara Selvini Palazzoli. 15 Agosto 1916 – 21 Junio 1999. *Editorial Rev. Therapie Familiale*, nº 3, 221-223.

SELVINI PALAZZOLI, M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.

———— (1970). "Contexto y metacontexto en la Psicoterapia Familiar". *Archivio de Psicologia, Psichiatria e Neurologia*, 3, 203-211.

———— (1971). "Il Razzismo nella Famiglia". *Archivio de Psicologia, Psichiatria e Neurologia*, 6, 549–557 (Trad. Cast.: *El racismo en la familia*. En SELVINI, M. (1990) *Crónica de una Investigación.* Barcelona: Paidós. 81-92).

———— (1978). "Por qué dejar que transcurra un largo intervalo entre las sesiones". *Terapia Familiare*, 3, 67-74. (En SELVINI, M. (1990) *Crónica de una Investigación*. Barcelona: Paidós. 307-315).

———— (1980). “Why a long interval between sessions”. En ANDOLFI, M. y ZWERLING, I. *Dimensions of family therapy*. Nueva York: Guildford Press, págs. 161-169.

———— (1981). *Sul fronte dell’organizzazione. Strategie e tattiche*. Milano: Feltrinelli. (Trad. Cast.: *Al frente de la organización*. Buenos Aires: Paidós, 1986).

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1974). “The treatment of children trough the brief therapy of their parents”. *Family Process*, 13 (4), 429-442.

———— (1975). *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Milano: Feltrinelli. (Trad. Cast: *Paradoja y Contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós, 1988).

———— (1977a). “La prima seduta di una terapia familiare sistemica”. *Terapia Familiare*, nº 2.

———— (1977b). “Family rituals. A powerful tool in family therapy”. *Family Process*, 16 (4), 445-453.

———— (1978). “A ritualised prescription in family therapy: odd days and even days”. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4, 3-9. (Trad. Cast: En SELVINI, M. (1990). *Crónica de una Investigación*. Barcelona: Paidós. Pág. 253-261).

———— (1980). “Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conduction of the Session”, *Family Process*; 19(1), 1-7. (Trad. Cast: “Hipotetización, Circularidad y Neutralidad: Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión”. *Terapia Familiar*, 7, 7-19, 1980).

———— (1988). “El problema de la persona que sugiere la terapia familiar”. En SELVINI, M. (Ed.) (1990). *Crónica de una Investigación*. Barcelona: Paidós. Pág. 322-332.

SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., GHEZZI, D. (1976). *Il mago smagato*. Milano: Feltrinelli. (Trad. Cast.: *El mago sin magia: cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela*. Barcelona: Paidós, 1987).

SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. y SORRENTINO, A. M. (1990). *Los Juegos psicóticos de la Familia*. Barcelona: Paidós.

———— (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas: la Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

SUÁREZ, T. (1985). “Entrevista con la Dra. G. Prata”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. V, nº 13, 174-181.

VIARO, M. y LEONARDI, P. (1983). “Getting and giving information: analysis of a family-interview strategy”. *Family Process*, 22 (1), 27-42.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana: interacciones, patologías y paradojas*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo.

WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. y FISH, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.

10

Terapia estratégica

Lyn E. Styczynski

Leonard D. Greenberg

(Traducción: Margarita Acosta Hidalgo) **Índice de contenidos**

1. Orígenes del modelo

La terapia familiar estratégica es un modelo de terapia centrado en la resolución de problemas, que utiliza estrategias específicas para cada familia y problema. Forma parte de los enfoques pioneros en terapia familiar que fueron desarrollados en la década de los 50, y continúa evolucionando y siendo relevante. Hay varios modelos que se han desarrollado a partir de la Terapia Estratégica, como por ejemplo la Escuela de Milán, la Terapia Narrativa, la Terapia Centrada en Soluciones y el modelo de Terapia Breve del MRI.

Jay Haley, el fundador del modelo estratégico, no se formó inicialmente como terapeuta, sino que realizó un posgrado en comunicación y originalmente deseaba ser escritor. Alrededor de los años 1950 y 1960, su trayectoria profesional lo había expuesto a una variedad de nuevas perspectivas que eventualmente integraría en la creación de este modelo de terapia. Gregory Bateson contrató a Haley para colaborar en su proyecto de estudio de las cibernéticas y la comunicación. El proyecto se enfocaba en sistemas auto-recursivos, clasificaciones de la comunicación y comunicación paradójica en diferentes contextos (incluyendo la comunicación de delfines y la comunicación dentro de las familias de esquizofrénicos). Los conceptos de relación simétrica y complementaria se desarrollaron a partir de estas investigaciones y posteriormente fueron incorporados en muchos enfoques sistémicos.

Al trabajar en el proyecto de Bateson, Haley entró en contacto con Don Jackson, un pionero en la terapia familiar, cuyo trabajo con esquizofrénicos y sus familias dio origen a dos conceptos importantes. El primer concepto, la “homeostasis familiar”, es la idea de que los sistemas familiares vuelven a sus patrones habituales de interacción tras ser interrumpidos. El segundo concepto es la teoría del “doble vínculo”, en la cual se plantea que los patrones de comunicación en las familias esquizofrénicas se caracterizan por la presencia de mensajes contradictorios simultáneos, los cuales ocurren en instancias en las que el individuo se ve impedido a abandonar la situación. Aunque esta teoría fue popular en su tiempo, a la postre fue desacreditada en lo concerniente a las familias de pacientes esquizofrénicos; no obstante, el doble

vínculo continuó siendo un punto de referencia en la comprensión de la comunicación paradójica.

Mientras participaba en el proyecto de Bateson, Haley visitaba a Milton Erickson con regularidad. Erickson era un psiquiatra reconocido por su pericia en hipnosis y en la elaboración de intervenciones creativas para la resolución de problemas. Eventualmente, con la intención de describir su visión del trabajo de Erikson, Haley escribió el libro *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* (1973). Aunque Haley no incorporó inducciones hipnóticas formales en su propio modelo de terapia, la influencia de las inducciones informales de Erickson, el uso de metáforas, el enfocarse en el problema, la perspectiva evolutiva y el uso de la creatividad, están claramente presentes en la terapia estratégica.

La siguiente etapa de la carrera de Haley lo llevó a entablar contacto cercano con muchos otros pioneros de la terapia familiar. Haley se convirtió en miembro del equipo del MRI (Mental Research Institute) a mediados de la década de 1960, donde trabajaban algunos de los primeros creadores de la terapia familiar en la costa Oeste de los Estados Unidos, entre ellos Don Jackson, Virginia Satir y John Weakland. A finales de la década de 1960, Salvador Minuchin reclutó a Haley para que se uniera al equipo de trabajo del Philadelphia Child Guidance Center. Haley, Minuchin y Braulio Montalvo solían ir juntos en coche a la clínica, y es posible que las conversaciones que sostenían durante esos trayectos llevaran a Haley a incluir conceptos de estructura familiar en su modelo de terapia. Además, con el apoyo de Minuchin, Haley desarrolló un proyecto para entrenar a personas de una comunidad vecina –la cual era pobre y estaba compuesta por minorías– para que se convirtieran en terapeutas familiares. Al llevar a cabo este entrenamiento, Haley perfeccionó sus habilidades como supervisor detrás del espejo unidireccional. Asimismo, en 1962 se convirtió en el editor inicial de la primera revista de terapia familiar, *Family Process*, lo cual le dio una amplia perspectiva respecto a los otros modelos de terapia familiar que se estaban desarrollando en esa época.

A mediados de la década de 1970, Haley fundó el Instituto de Terapia Familiar de Washington, D.C. junto con Cloe Madanes. Este instituto era un

lugar de entrenamiento específicamente dedicado a la terapia estratégica, donde Haley y Madanes continuaban desarrollando, enseñando y escribiendo sobre aspectos del modelo. Las habilidades de Haley como supervisor, escritor, comunicador y creador de vídeos didácticos de formación, facilitaron el desarrollo de la terapia familiar estratégica como un modelo de terapia familiar importante y bien definido.

2. Conceptos básicos del modelo

La terapia estratégica es un *modelo centrado en el problema* (a diferencia de un modelo centrado en la persona). El propósito de este tipo de terapia es resolver problemas específicos en las vidas de las personas. Durante la terapia pueden ocurrir cambios en la personalidad del cliente, pero éstos no son el objetivo en sí. Al acudir a tratamiento, los clientes traen problemas específicos; y si no es así, el terapeuta les ayuda a organizar sus objetivos definiéndolos en problemas concretos. Asimismo, el terapeuta estratégico no busca las causas históricas del problema, sino que asume que los problemas son autosostenidos o se mantienen mediante determinados factores del entorno actual. Los factores históricos son relevantes sólo en la medida en la que continúan en el presente. El terapeuta interviene directamente en el problema teniendo en cuenta los factores que pueden estar apoyando su continuidad en el momento actual.

La terapia estratégica se enfoca en un problema específico identificado por la familia. Haley se dio cuenta de que el problema que motiva la consulta puede estar relacionado con otros problemas en la familia, pero señaló que la posición respetuosa del terapeuta consiste en asumir que la familia está identificando el problema de la mejor manera que puede hacerlo. Por ejemplo, puede sospechar que el síntoma del niño está relacionado con el conflicto entre los padres; pero si los padres niegan que haya un conflicto, el terapeuta trabajaría en mejorar el problema y el funcionamiento del equipo de padres respecto al problema que identifican, en vez de enfocarse en el conflicto marital.

Haley creó un acrónimo para representar la manera en que el enfoque de terapia estratégica entiende a las familias: PUSH, que por sus iniciales en inglés significa Protección, Unidad, Secuencia y Jerarquía (Keim, 2000). En la

terapia estratégica, los síntomas o problemas suelen entenderse como un esfuerzo para ayudar a otros en la familia o para ofrecer *Protección*. Los problemas también pueden ser vistos como soluciones problemáticas que se dan a otras dificultades en la familia. Algunas veces, el problema expresa algo que es difícil de reconocer en la familia; por ejemplo, las rabietas de un niño pueden estar expresando tristeza, algo que no es bien tolerado por su familia. Otras veces los síntomas sirven de solución; por ejemplo, un niño puede portarse mal para que sus padres enfoquen su enojo en él, previniendo así que peleen entre ellos. En otras ocasiones, la conducta sintomática de un niño expresa el problema de otro miembro de la familia. Por ejemplo, cada vez que le llevaban a un niño con tendencias suicidas, Haley solía preguntar quién más era suicida en esa familia.

Cuando Haley dejó de colaborar en el Philadelphia Child Guidance Center, ya tenía la convicción de la necesidad de trabajar con la organización familiar como un todo. Las *Unidades* que Haley consideraba importantes para plantear las relaciones familiares eran los triángulos (el concepto de triángulos lo comparten muchos modelos de terapia familiar incluidos el estructural y el intergeneracional). Para plantear las interacciones familiares en función de triángulos, se requieren tres personas, lo cual da como resultado tres relaciones diádicas. Este modelo de triángulos propone que cualquier par de relaciones determinará la tercera relación. Si dos relaciones son positivas o cercanas, la tercera relación será positiva o cercana (si la tercera relación fuese negativa crearía una inestabilidad que no podría mantenerse). De la misma forma, si dos relaciones son negativas o distantes, la tercera será positiva. Si una es positiva y otra es negativa (o una cercana y la otra distante), la tercera será negativa (o distante). Por ejemplo, si hay un grupo de tres hermanas, A, B y C, una posibilidad es que todas las hermanas mantengan relaciones positivas entre ellas (todos los lados del triángulo de las relaciones son positivos). Otra posibilidad es que A y B coincidan en no llevarse bien con C, pero que se lleven bien entre ellas (un lado del triángulo es positivo y los otros dos son negativos); en este caso, A y B están unidas en el acuerdo de no llevarse bien con C. Una tercera posibilidad es que A y B se lleven bien pero estén en desacuerdo sobre la relación con C; A no se lleva bien con C, mientras

que B se lleva bien con C (dos lados del triángulo son positivos y uno es negativo). Esto crea tensión (un triángulo inestable) dado que, aunque A y B se llevan bien, no coinciden en su relación con C. Para que dicha tensión se resuelva deben optar por una de las siguientes alternativas: la primera, mantener relaciones positivas entre todas las hermanas, y la segunda, que dos de las hermanas estén de acuerdo en no llevarse bien con la tercera hermana.

Desde este punto de vista, el terapeuta sólo necesita cambiar un lado del triángulo, con la expectativa de que ocurrirá un cambio en las otras relaciones. Por ejemplo, si una madre está muy involucrada en la relación con su hijo, mientras el padre está más distante tanto respecto a su esposa como a su hijo, Haley diría que es posible pedirle al padre que se involucre más con el hijo y le dé “vacaciones” a la madre (acercando así al padre y al hijo). También es posible pedirles a los padres que trabajen juntos más de cerca (promoviendo la cercanía en la relación de padres), o pedirle a la madre que interaccione de manera diferente con el hijo en torno al problema (haciendo que la madre y el hijo se separen). Cualquiera de estas opciones resultaría en un cambio en las otras relaciones. El objetivo es que todas las relaciones sean positivas y razonablemente cercanas. La ventaja de este enfoque es que el terapeuta puede escoger la relación más accesible o más flexible para intervenir sobre ella y esperar así lograr cambios en la familia entera. Alternativamente, cuando el terapeuta enfrenta un impasse en una relación, puede enfocarse en otra díada con la expectativa de que cambiarla tendrá un impacto en la relación que estaba atascada.

Dado que la mayoría de las familias se componen de más de tres personas, se pueden formar muchos triángulos. Haley reconoció que unidades de cuatro o más personas pueden ser analizadas a través de estos métodos, pero que el número de posibles interacciones aumentaría exponencialmente y con ello la dificultad de manejo para el terapeuta. Con frecuencia, también hay triángulos importantes que involucran a gente fuera de la familia nuclear (por ejemplo: familia política, abuelos, jefes, amigos, amantes). Al entender las relaciones en grupos de tres personas, es posible tener mayor flexibilidad a la hora de escoger qué relaciones se intentarán cambiar.

En general, Haley pensaba que cuanto más grande fuera la *Unidad* que

participaba en el tratamiento, mayor sería la probabilidad de un buen resultado. Aconsejaba que cuando el terapeuta se sintiera atascado, éste debía “ampliar la red”, o sea, involucrar a más personas en el tratamiento. De acuerdo con este planteamiento, su Instituto en Washington D.C. tenía una escala de precios de consulta basada en el número de personas que asistían a sesión. El razonamiento detrás de esta escala consistía en que el trabajo del terapeuta se volvía más sencillo mientras más personas a asistieran a sesión; por lo tanto, mientras más miembros de la familia asistieran, menor era el precio de la consulta.

Secuencia, la S en el acrónimo PUSH, se refiere a la secuencia de interacciones en torno al problema. Así, los eventos que generalmente preceden, rodean y siguen al problema, proporcionan información sobre los aspectos del contexto que sostienen el problema. Se asume que las secuencias son circulares, creando así un circuito autosostenido. Para ejemplificar, veamos el caso de una abuela que se encarga de cuidar a su nieto, quejándose de que su hija no lo cuida bien. La madre se aparta, dejando a la abuela cuidar al niño. El niño se porta mal o desarrolla un síntoma. La abuela se siente abrumada e insiste que ya ha cuidado a sus propios hijos, y que su hija debe encargarse del problema y del niño. La madre empieza a cuidar al niño. La abuela entonces declara que la madre no lo hace apropiadamente y que está siendo irresponsable, así que es ella quien debe hacerse cargo del niño para salvarlo de su madre. La madre se aleja y deja a la abuela cuidar al niño, quien una vez más se convierte en sintomático (Haley, 1987). Tal como ocurre con el concepto de los triángulos, el modelo secuencial también provee múltiples puntos de entrada para el cambio. Una alteración exitosa en cualquiera de los pasos de la secuencia interrumpiría la secuencia general y crearía un cambio. En el ejemplo anterior, si la abuela apoyase a la madre en lugar de criticarla, la madre no delegaría sus funciones parentales y podría hallar la manera de desempeñar esta tarea con mayor éxito.

La *Jerarquía* es un concepto central dentro de la manera en que Haley entendía la comunicación y las relaciones. Haley visualizaba una jerarquía en la que los abuelos tienen el rol de asesores de los padres, mientras que los padres tienen un estatus esencialmente igualitario entre ellos, a la vez que

proveen de liderazgo a los hijos. Los hijos, por su parte, ejercen cierto liderazgo entre sí de acuerdo con su edad; por ejemplo, en una jerarquía fraterna "correcta", los hermanos mayores adquieren derechos y responsabilidades antes que sus hermanos menores, y se espera que ayuden a los más pequeños. Cualquier divergencia considerable respecto a este patrón podría generar problemas. Haley creía que las jerarquías eficaces devienen en un ejercicio apropiado del poder y en una adecuada provisión de cuidados. El interés de Haley en la jerarquía se asemejaba a la atención especial que dedicaba al tema del poder.

En las familias (y en otros sistemas) a menudo existe una *jerarquía manifiesta*, la cual puede ser muy diferente de la *jerarquía encubierta*. Por ejemplo, todos en la familia pueden declarar que el padre es dominante e insistente en salirse con la suya (poder manifiesto), pero luego aclarar que es la madre quien toma todas las decisiones sobre el funcionamiento diario de la familia a modo de no "sobrecargar" a su marido (poder encubierto). Las relaciones de poder varían dependiendo del área: un cónyuge puede tener más poder en cuanto a decisiones financieras, mientras que el otro puede tener más poder respecto a la crianza de los hijos, la casa o la vida social. Por otra parte, Haley también observó que una manera en la que los problemas se mantienen en las familias es a través de "coaliciones intergeneracionales", o sea, cuando un hijo está "sentado sobre los hombros" de algún adulto de la familia. De esta manera, el niño tiene mucho poder basado en una alianza especial con un padre o abuelo. Por ejemplo, si un padre está orgulloso del comportamiento travieso de su hijo y lo apoya encubiertamente, esta situación se describiría como una "coalición intergeneracional". Esta alianza tiene que ser abordada en terapia para que el comportamiento del chico cese. A menudo un síntoma proporciona poder; cuando un adolescente difícil está ocasionando que la familia se organice de manera distinta, o cuando un miembro de la pareja desarrolla ansiedad que no le deja salir de casa, están ejerciendo poder sobre otros miembros de la familia. Así, en la terapia estratégica, corregir las jerarquías suele ser una tarea importante.

Haley pensaba que los problemas debían ser comprendidos en el contexto del *ciclo vital familiar*. Es de esperar que las familias se vuelvan especialmente

vulnerables al pasar de una etapa a otra del ciclo vital, y que a menudo experimenten problemas debido a la dificultad que les supone realizar estas transiciones. Haley organizó su libro *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* (1973), de acuerdo con las etapas del ciclo vital familiar. Este hecho refleja la importancia que ambos, Haley y Erickson, daban al del ciclo vital familiar a la hora de tratar de entender a las familias. A menudo los problemas aparecen en las transiciones evolutivas: un nuevo matrimonio, el nacimiento de un hijo, el hijo o hija aproximándose a la adolescencia, el/la adolescente avanzando hacia la adultez, la salida de casa, la muerte, el divorcio o volverse a casar. A Haley le interesó especialmente entender cómo los primeros episodios de psicosis y de abuso de sustancias ocurrían en la adolescencia tardía, en la etapa de desarrollo familiar que corresponde a dejar el hogar. Su libro *Leaving home. The Therapy of Disturbed Young People* (1996), describe su enfoque de tratamiento de estos problemas severos cuando surgen en los últimos años de la adolescencia y en el principio de la segunda década de vida.

3. Visión global del proceso terapéutico

El objetivo de la terapia estratégica es resolver el problema que la familia plantea, tan respetuosa y eficazmente como sea posible, de forma que el individuo o la familia puedan volver a funcionar con normalidad. En esta forma de terapia, el foco se sitúa en el presente y en el contexto en el que el problema está ocurriendo. Asimismo, el plan de terapia, desarrollado por el terapeuta, incluye el uso de directivas que facilitan que la familia ponga en marcha acciones nuevas y diferentes para que el cambio ocurra y el problema se resuelva. Una vez que los elementos del contexto que sostenían el problema han cambiado, el problema deja de ocurrir.

En el modelo estratégico, el terapeuta es responsable del cambio. Debe desarrollar un plan paso a paso especialmente diseñado para ese individuo o familia. A menudo el plan cambia a medida que se obtiene nueva información sobre el problema o la familia. El terapeuta debe revisar el plan y responsabilizarse de resolver el problema exitosamente. Si no hay mejoría respecto al problema, el terapeuta debe responsabilizarse del fracaso, pues es su labor tener la pericia y flexibilidad necesarias para ayudar a la familia a

resolverlo. Así, aunque este modelo puede sonar aparentemente simple, las expectativas respecto al terapeuta son muy altas. Éste debe desarrollar una relación empática con los miembros de la familia, contar con intervenciones eficaces para solucionar una amplia gama de problemas, entender los aspectos más importantes de cada familia y problema, ser capaz de crear e implementar estrategias específicamente diseñadas para la situación actual y revisarlas siempre que sea necesario.

Este modelo de terapia enfatiza la acción y la eficacia, y por tanto suele utilizar intervenciones que aumentan la motivación para el cambio. Estas técnicas hacen uso frecuente del humor y elementos lúdicos para incrementar la flexibilidad y la calidez. Muchas de ellas fueron desarrolladas por Milton Erickson. Por ejemplo, el terapeuta puede pedirle a la familia que dialoguen acerca de cómo creen que ocurrirá el cambio (lenta o rápidamente, a base de trabajo duro o con sorprendente facilidad, etc.), con el entendimiento implícito de que el problema, de hecho, se resolverá. Además, el terapeuta puede hablar con la familia acerca de qué cosas terribles podrían ocurrir si el problema empeorara, con este mismo objetivo de aumentar la motivación. Por otra parte, la terapia estratégica no confronta directamente la resistencia como parte del proceso de la terapia. Se asume que la familia quiere mejorar su situación, pero al mismo tiempo se muestra reacia al cambio (homeostasis). Así, una de las tareas de la terapia es reducir la resistencia haciendo que la familia tome la iniciativa y se atribuya el mérito de las mejorías que le ocurran. Cuando esto no es posible, la terapia estratégica usa la energía alrededor del síntoma para crear cambio (estrategias paradójicas).

En sus escritos, Haley a menudo resultaba provocativo y crítico con los modelos tradicionales de terapia (Haley 1971; Richeport-Haley & Carlson, 2010). De lo que apenas escribía (pero sí era evidente para quienes trabajaban con él) era de la importancia que le daba a establecer una buena alianza terapéutica, valorando los recursos y fortalezas de la familia y estableciendo con ellos una relación positiva, de forma que la familia pueda confiar en el compromiso del terapeuta y su comprensión de sus dilemas; el uso de la persona del terapeuta (edad, nacionalidad, intereses, personalidad, etc.) como parte de las estrategias terapéuticas; su delicadeza y respeto como supervisor, y

su cuidado y compromiso para encontrar la mejor forma de ayudar a la familia (Hardy, 2010; O'Hanlon, 2010). Sólo entonces, al reunirse todos estos elementos, la familia, el terapeuta y el supervisor son capaces de trabajar juntos intensa y activamente.

4. Estrategias y técnicas

4.1 Etapas de un caso de terapia estratégica

Aunque el modelo requiere que los pasos a seguir en terapia se personalicen para cada caso, Haley ofrece un esquema general de las etapas de la terapia estratégica. La primera sesión se usa para conectar con la familia, para acordar la definición del problema y la manera en la que se realizará la terapia, así como para entender la estructura familiar. En los estadios intermedios de la terapia, el terapeuta hace uso de tareas para lograr cambios y explorar la relación entre el problema y el contexto familiar. Una vez que se resuelve el problema, se aplican habitualmente tareas para consolidar el cambio. Finalmente concluye la terapia o se negocia con la familia el trabajo sobre otro problema. Haley creía que si la terapia iba bien, los cambios en el problema deberían iniciarse antes de la tercera sesión (Haley, 1971).

4.1.1. La primera sesión

El capítulo sobre la primera sesión en terapia familiar que aparece en el libro de Haley *Problem solving therapy* (1987), es uno de los más útiles que se han escrito en este campo. Posteriormente apareció una versión aún más sencilla de la primera sesión de Haley, que puede también ser útil al terapeuta familiar principiante (Weber, McKeever & McDaniel, 1985). Haley creía que el terapeuta debe emplear la primera sesión en establecer claramente con la familia cómo funciona el tratamiento y qué se espera de ellos. Si no establece una estructura clara para la terapia, corre el riesgo de confundir a las familias sobre cómo comportarse en terapia. Haley planteaba que enfocarse en cómo se sentían los clientes no era especialmente útil, por lo que prefería obtener de ellos descripciones más concretas sobre los hechos que les preocupaban.

Haley le daba gran importancia al respeto. Creía que el terapeuta debe ser extremadamente cuidadoso de no decir algo que la familia tome como crítica. No estaba de acuerdo con la "interpretación" del comportamiento, y creía que el cliente pagaría al terapeuta con la misma moneda por sus interpretaciones.

Así, el objetivo de la primera sesión consiste en que el terapeuta consiga establecer una conexión positiva con todos los miembros de la familia, permita a todos que aporten sus propias ideas sobre el problema, cree la oportunidad para observar las interacciones familiares alrededor del problema y establezca un acuerdo sobre qué cambios se desean obtener a partir de la terapia. La sesión también se estructura en una serie de etapas.

En la *Etapa Social* (la etapa inicial), el terapeuta saluda a cada miembro de la familia por su nombre y luego habla con cada uno brevemente sobre quién es, cuidando de no dejar que se empiece a discutir el tema del problema. Aquí el objetivo del terapeuta es conocer un poco sobre cada uno y tratar de hacerlos sentir cómodos. Asimismo, el terapeuta comienza a establecer su liderazgo en la sesión y sugiere que cada uno tendrá su turno de participar.

Enseguida viene la *Etapa de la Definición del Problema*. Durante esta etapa se le pide a cada miembro de la familia que diga brevemente cómo ve el problema (o en qué espera que les ayude la terapia). Haley recomienda que el terapeuta hable primero con el padre menos implicado. Sin embargo, el terapeuta debe también hablar con la persona que tenga mayor poder en la familia para atraer a la familia con el máximo respeto y consideración. El terapeuta busca descripciones del “problema” en términos de comportamiento; le interesa saber por qué están buscando ayuda en este momento y qué es lo que han intentado previamente para resolver el problema. Es legítimo que los diferentes miembros de la familia tengan diferentes perspectivas sobre lo que constituye el problema.

En la *Etapa de Interacción*, la tercera etapa, el objetivo es crear interacciones entre los miembros de la familia a fin de traer el problema a la sala de terapia. Puede pedírsele a los miembros de la familia que discutan algo entre ellos o que representen el problema en la sesión, con cada miembro de la familia haciendo lo que generalmente hace. El terapeuta puede pedirle a un miembro de la familia que se una a alguna interacción en la que usualmente no toma parte. Por ejemplo, la madre y su hija adolescente pueden discutir algún área en la que tienen conflicto y se le puede pedir al padre que se una a la discusión y vea si puede ayudar en la situación. En esta etapa, el terapeuta es capaz de observar aspectos de los patrones familiares que la familia no puede describir

ya que no son conscientes de ellos. De igual manera durante esta tercera etapa, el terapeuta puede hacer preguntas para obtener información adicional que le permita entender cómo se relaciona el problema con el sistema familiar; por ejemplo, averiguar qué consejos ha recibido la familia de los diferentes miembros de la familia extensa. Aunque esta etapa se define como etapa de interacción, es común que se use como una oportunidad para obtener más antecedentes sobre la familia. Con frecuencia se hacen preguntas sobre quiénes de la familia extensa están involucrados en el problema, temas de salud, trabajo, la escuela y/o amistades.

En la siguiente etapa, la de *Definición de Cambios Deseados*, el terapeuta trabaja con la familia definiendo el problema alrededor del cual se organizará el tratamiento. El desarrollo de un problema resoluble (generalmente definido en términos comportamentales) es muy importante en la terapia estratégica, pues se vuelve el foco de las directivas. Por ejemplo, “depresión” sería una definición poco deseable del problema, ya que es una definición vaga, de jerga técnica, la cual implica que se requiere de un profesional para resolver el problema. En cambio, pasar demasiado tiempo en casa, no ver amigos o no hacer actividades placenteras, sería la definición de un problema que puede resolverse. Usualmente se establece que el problema es el síntoma y que el “paciente identificado” es el miembro de la familia por quien acuden a terapia. Esta es una manera de respetar la forma en que la familia expresa su preocupación. El problema sobre el que se ha acordado trabajar se utiliza luego como palanca de cambio en un contexto más amplio.

En la *Etapa Final* de la primera entrevista el terapeuta generalmente imparte a la familia una directiva (una sencilla si es que se necesita más tiempo para formular el problema más adecuadamente dentro el contexto familiar). El terapeuta negocia quién asistirá a la siguiente sesión y da la cita para la siguiente entrevista.

4.1.2. Directivas

Las directivas o tareas son el medio principal para “hacer que las cosas sucedan” en terapia. Haley (1987) las usaba para diferentes fines. En primer lugar, las tareas sirven para hacer que la gente se comporte de manera distinta a la usual o que tenga una experiencia subjetiva diferente. Por ejemplo, se le

puede indicar a la familia que dediquen una noche para ver una película juntos, o pedirle a un esposo que agradezca a su esposa su preocupación cada vez que ella lo atosigue. Por otra parte, el terapeuta puede usar las directivas para intensificar su relación con la familia, pues los miembros de ésta lo tendrán en mente durante toda la semana al hacer –o no hacer– la tarea que les asignó. Así, puede pedírsele a la familia que simplemente cuenten el número de veces que el comportamiento problemático ocurre entre una sesión y otra. En este caso no habría una expectativa explícita de que el problema cambie, pero la familia se encontrará tomando nota del problema para reportarlo al terapeuta. Las directivas también pueden ser usadas para obtener información sobre el nivel de cooperación en la familia, y aspectos de su vida que no han sido previamente expuestos. Por ejemplo, una familia que no conseguían cenar juntos como se les había indicado, eventualmente confesó al terapeuta no tener sillas en casa para poder cenar todos alrededor de la mesa, algo de lo que estaban demasiado avergonzados para poder admitirlo. En este modelo, un problema claramente definido es esencial para lograr que las directivas sean planteadas de acuerdo al problema y para poder evaluar el progreso de la familia.

Hay diferentes tipos de directivas. Haley opinaba que el tipo de directiva más directo, los “buenos consejos”, suelen no ser efectivos en terapia. Esto se debe a que la familia probablemente ya sabe lo que deberían hacer, pero no pueden hacerlo dado algún aspecto de su situación actual. Investigando qué cosas ha intentado hacer la familia, se vuelve evidente que no han sido capaces de implementar los “buenos consejos” que ya les han sido ofrecidos. Para ser eficaz, la directiva generalmente debe incluir cambios en la secuencia de interacción de manera que la familia pueda ser libre para hacer lo que saben que deberían hacer.

4.1.2.1. Intervenciones directas

En la terapia estratégica hay intervenciones directas e indirectas. Las intervenciones directas se usan la mayor parte del tiempo. Con este tipo de intervención, una vez que se ha establecido cuál es la meta de la terapia, se imparten tareas con la finalidad de cambiar las interacciones familiares y aproximarse a dicha meta. Así, si un niño se comporta negativamente y sus

padres han estado en desacuerdo, el terapeuta puede pedir a los padres que se comporten de manera positiva y afectuosa entre ellos frente al niño para enseñarle interacciones positivas. En otro caso, a un hermano mayor adolescente con problemas de comportamiento, se le puede nombrar como experto en meterse en problemas en la escuela. Podría pedírsele, entonces, que aconseje a su hermano pequeño sobre cómo evitar meterse en problemas en el colegio, empezando así a mover al hermano mayor a una posición jerárquica correcta y más positiva dentro de la familia, y haciendo evidente, para él mismo y para su familia, su conocimiento sobre comportamiento positivo. También a un esposo se le puede pedir que haga por su esposa algo que ella no espera de él, y a su esposa instruirle en que lo reciba amablemente, con el fin de permitir a ambos miembros de la pareja experimentar nuevas posibilidades positivas. En cada uno de estos ejemplos, se le pide a la familia que haga algo poco habitual (no simplemente "buenos consejos"), pero claramente relacionado con la consecución del objetivo y el cambio de las interacciones familiares.

4.1.2.2. Intervenciones indirectas

Las intervenciones indirectas se usan con menos frecuencia y generalmente sólo cuando los intentos más directos han fracasado. Hay dos tipos de intervenciones indirectas: metafóricas y paradójicas. Se puede usar una *tarea metafórica* cuando no es posible afrontar el problema directamente. Por ejemplo, si una pareja no se siente cómoda hablando de un problema sexual y sin embargo han pedido ayuda en esta área, el terapeuta estratégico puede pedirles que hablen de su manera favorita de disfrutar una buena comida (saborear lentamente cada paso de la comida, zambullirse en ella y comer con entusiasmo, empezar lentamente pero involucrarse más durante la comida) y sobre cómo manejan sus diferencias en estilos personales. Esto permite un abordaje metafórico del problema sexual.

Las *intervenciones paradójicas* son otro tipo de enfoque indirecto. Se utilizan a menudo cuando el terapeuta cree que hay una resistencia significativa al cambio, o cuando las intervenciones directas no han tenido éxito. Para ser eficaces, estas intervenciones generalmente requieren que el terapeuta tenga una relación positiva con la familia (las paradojas han sido a veces mal

utilizadas por terapeutas que no eran capaces de aplicarlas respetuosamente). En una intervención paradójica, el terapeuta estratégico propone al cliente o familia continuar con el síntoma. Sin embargo, la intervención está diseñada para alterar aspectos del contexto de tal manera que ocurra un cambio positivo a partir de esta intervención de “no cambio”. Una tarea paradójica prescribe el síntoma pero cambia algún aspecto del mismo: la secuencia, el contexto, la frecuencia, el significado que se le atribuye, quién está en control. El objetivo de una paradoja es que la familia coopere permitiendo que el problema se modifique debido al cambio que viene dado ya por la misma tarea, o que la familia se oponga y desista del síntoma.

Las intervenciones paradójicas son una manera de manejar la ambivalencia. Es un fenómeno evidente que cuando uno es ambivalente respecto a algo (por ejemplo, una mujer casada con un esposo dominante), y alguien opina a favor de un lado de la ambivalencia (“No deberías seguir con alguien que te trata así”), se tiende a apoyar el otro lado de la ambivalencia (“Pero lo amo”). Las paradojas terapéuticas toman provecho de ello, de forma que si la ambivalencia de una familia respecto del cambio les está impidiendo conseguir su objetivo, dirigirles hacia el “no cambio” les invita a mostrarse partidarios y actuar a favor del cambio.

Hay varias maneras de diseñar una intervención paradójica. Las paradojas pueden utilizarse como provocaciones; por ejemplo, con familias oposicionistas, estas intervenciones pueden animar a la familia a demostrarle al terapeuta que se ha equivocado. Una tarea paradójica que incorpora el cambio de significado puede ser: “Sam, parece que no consigues trabajo porque te preocupa que tu madre se sienta sola y deprimida si tú te vas a trabajar; y madre, no creo que Sam esté convencido que tú vas a estar bien si él crece. Hasta que podamos tratar este problema en la siguiente sesión, pienso que todos deben de seguir actuando como si Sam tuviera 14 y no 24 años”. Las paradojas también pueden ser provocadoras, animando a los clientes a hacer algo con más frecuencia, con el fin de reducir o dejar el comportamiento problemático. Por ejemplo, una tarea paradójica para una adolescente oposicionista en la que el síntoma se exagera y el significado cambia puede ser: “Esta semana quiero que digas ‘no’ a todo lo que tu madre te pida. Aunque

quisieras decir ‘sí’ a algo, esta semana tienes que decir ‘no’. Y madre, siéntete con la libertad de pedir a tu hija lo que quieras, pero recuerda que su tarea es NO decidir por ella misma y ser independiente, sino decir ‘no’ automáticamente. Si le preguntas si le gustaría ir de compras contigo y te dice que sí, debes recordarle que esta semana sólo puede decir no”. Así, se le pide a la adolescente que lleve el síntoma al extremo, se saca a la madre de la lucha, y el ‘no’ se etiqueta como una ausencia de elección y control más que como una afirmación de elección y control. En este caso, o la chica coopera con el terapeuta diciendo ‘no’, o se vuelve más amable y cambia su patrón de comportamiento. A menudo, las paradojas pueden tener algo de ordalías, como con esta adolescente que probablemente se perderá algunas cosas positivas al decir ‘no’ con más frecuencia que la habitual. Las intervenciones paradójicas también pueden usarse para cambiar la ganancia secundaria, como en el ejemplo anterior en que los padres ya no se enfadarán o le rogarán como lo habían hecho en el pasado. Además, estas intervenciones pueden usarse para cambiar el locus del control, de manera que en el no cambiar, la familia estará cooperando en vez de oponiéndose al terapeuta. En el ejemplo anterior, cuando la chica dice ‘no’ como siempre lo hace, está de hecho cooperando con la terapia. Del mismo modo, la paradoja puede usarse para cambiar la energía en la terapia, de forma que la frustración y desesperanza se transforman en un ambiente lúdico y movilizador. Finalmente, las paradojas ayudan a las familias a ver el problema de diferente manera, como la adolescente a la que se le declara sin “elección ni control” en su persistente negatividad.

Una vez más, es importante señalar que las intervenciones paradójicas deben ser aplicadas en un contexto en que el terapeuta sienta empatía y buena estima hacia la familia y los problemas que enfrenta. Además, es primordial darle a la familia un razonamiento para la utilización de la intervención paradójica que vaya de acuerdo con los valores y creencias propios de la familia. Finalmente, es necesario diseñar la intervención de manera que lo peor que pueda ocurrir es que no haya cambios, y que en el mejor de los casos, independientemente de que la familia se oponga o coopere con la paradoja, avancen hacia la resolución del problema.

Una madre soltera trajo a su hijo de nueve años, quien solía tener rabietas

cada vez que no quería obedecer a su madre. La madre decía que había intentado aplicar los consejos que le habían dado en el colegio y sus parientes sobre cómo lidiar con las rabietas, pero que no había habido ningún cambio (aunque no estaba claro si había sido muy consistente en sus intentos). El chico explicó que no quería hacer lo que le pedía su madre, y la madre admitió sentirse impotente, avergonzada y frustrada; la relación madre-hijo se había deteriorado. Dado que la madre insistió en que había hecho intentos directos y no habían funcionado, se implementó un método paradójico.

Se le pidió a la madre y al hijo que identificaran cuándo ocurrían las rabietas, y reportaron cinco momentos durante el día en que era probable que ocurrieran. Luego se les pidió que hicieran una lista detallada de todos los comportamientos que sucedían en una rabieta típica, incluyendo específicamente las cosas horribles que el chico llamaba a su madre. Finalmente, les pidieron que determinaran cuánto duraba una rabieta, a lo que respondieron que diez minutos. Se le pidió al chico que tuviera una rabieta durante la sesión, que durase diez minutos y que incluyera todos los comportamientos de la lista. La madre debía decirle a su hijo cuándo comenzar y detener la rabieta y recordarle todos los elementos que tenía que incluir; aparte de estas indicaciones, la madre debía permanecer en silencio. Así, la participación de la madre en la interacción alrededor de la rabieta cambió sustancialmente. Ahora era ella quien le decía cómo comportarse, y ya no discutía, suplicaba ni amenazaba al chico. Éste, a su vez, empezó la rabieta con algo de entusiasmo, pero tras dos minutos quería parar; sin embargo, la madre tenía instrucciones de decirle cuánto tiempo le quedaba y qué elementos de la rabieta le faltaban por hacer. La madre comenzó a entender cómo esta intervención cambiaría sus interacciones. Se le dijo que todo indicaba que el chico necesitaría cinco rabietas al día para lidiar con su estrés; así, cada día, a la hora asignada, la madre debía decirle que había llegado el momento de la rabieta y registrar los diez minutos de duración, recordándole incluir todos los elementos. Esto podría implicar que había que levantarse más temprano por las mañanas o hacer otros pequeños sacrificios como apagar el televisor más temprano por la noche para tener los diez minutos de la rabieta, pero era preferible planificar con anticipación dado que las rabietas eran predecibles.

De esta forma, cualquier ganancia secundaria de las rabietas como el que la madre lo llevara a la escuela porque perdieron el bus o poder irse a la cama más tarde quedó minimizada. Finalmente, se les indicó que si ocurría alguna rabieta fuera de lo planeado, la consecuencia sería agregar una rabieta más al día siguiente.

La primera semana, la madre y el hijo siguieron las instrucciones, aunque reportaron que el hijo se mostraba cada vez más resistente a tener rabietas. La segunda semana el chico pidió que le permitieran tener menos rabietas, y se negociaron otras formas constructivas de liberar la tensión a cambio de dos rabietas menos cada día. Al final de la tercera semana, el chico declaró no querer tener más rabietas. A la madre se le pidió planear junto con su hijo maneras adicionales para manejar la tensión y estuvieron de acuerdo en que si ocurría otra rabieta, volverían a las rabietas programadas. Tanto la madre como el hijo estuvieron orgullosos con el progreso que alcanzaron y reportaron tener más interacciones positivas.

4.1.2.3. Ordalías

En *Ordeal Therapy* (1984), Haley describió un tipo de estrategia especialmente útil cuando un individuo o familia tienen un problema claramente definido y están motivados para resolverlo pero no lo han conseguido a través de intentos directos. Hay algunas estrategias generales en este método; por ejemplo, el terapeuta puede pedirle al cliente que realice con más frecuencia el comportamiento problemático o que haga algo gravoso (algo que el cliente sabe que es bueno para él pero no le es agradable hacerlo, como limpiar, hacer ejercicio, leer algo aburrido) como consecuencia de esa conducta problema. El terapeuta interviene sobre el locus de control, de forma que los comportamientos problemáticos no se den automáticamente. Para conseguir este objetivo utilizando ordalías, la conducta problema se lleva a cabo de forma ritual o en respuesta a una directiva dada por el terapeuta. Una vez que el comportamiento deja de ser completamente automático, es susceptible de ser modificado. A menudo, la naturaleza gravosa de la ordalía sirve para distraer de la ansiedad que podría impedir que la persona renuncie al comportamiento problemático. Así, cambiando las consecuencias de la continuación de la conducta problema, el cambio se hace posible.

Jay Haley supervisó el caso de una exitosa joven que acudió porque experimentaba "bloqueo de escritor". El problema era bastante serio porque el proyecto en el que estaba trabajando tenía una fecha límite estricta y era decisivo para su futuro profesional como escritora. La joven reportó pasar horas mirando el teclado sin ser capaz de escribir. Durante la entrevista, el terapeuta descubrió que la joven también odiaba pagar las facturas aunque era económicamente estable. De hecho, su conducta evitativa era tan severa que alguna vez le habían retirado el servicio de electricidad y de teléfono. También le disgustaba limpiar el suelo de su cocina. A la joven se le dijo que el terapeuta tenía una "cura garantizada" que no le resultaría moralmente objetable y se le pidió que la aceptara, aun sin saber lo que era. Pero como la joven no aceptó en la primera sesión, se le envió a casa para que lo pensara; volviendo la siguiente semana diciendo que haría lo que el terapeuta le dijera. Se le indicó que debía sentarse a escribir por lo menos durante una hora en la mañana y otra hora en la tarde. Si al final del día no había escrito dos páginas, tenía que poner su alarma a las 3 de la mañana para levantarse, pagar las facturas que debía y luego limpiar el suelo de la cocina durante el resto de la hora; a las 4 de la mañana podía volver a la cama. Si había escrito dos páginas, podía dormir toda la noche. La siguiente semana reportó que se había tenido que levantar una noche en la semana pero que aparte de esto, había sido capaz de completar la cantidad de escritura requerida. La tarea de ordalía se extendió dos semanas más y para entonces la joven reportó haber dejado de sentirse bloqueada para escribir.

4.1.3. Pasos para diseñar una tarea

Comenzar la terapia con tareas. Una vez que el terapeuta ha formulado una hipótesis sobre cómo las interacciones familiares mantienen el problema, las tareas se vuelven la principal forma de intervención en terapia estratégica, ya sea con métodos directos o indirectos. Hay algunas consideraciones para tener en mente al diseñar una tarea; en general, las tareas simples son mejores que las complejas. Por ejemplo, si un niño presenta dificultades en muchas áreas diferentes, el terapeuta generalmente evitaría desarrollar un plan complejo en el que haya diferentes consecuencias para cada problema. En vez de eso, puede seleccionarse un problema para que sea el foco, por ejemplo, levantarse por la

mañana, y el terapeuta puede pedir al padre en vez de a la madre que asuma la tarea de asegurarse de que su hijo está listo para ir a la escuela. Haley creía que si no se incluían tareas desde el principio del tratamiento, la familia no vería estas tareas para casa como una parte fundamental de la terapia y sería menos probable que las realizaran. Por otra parte, algunas veces el terapeuta no se siente aún preparado para asignar una tarea e intervenir directamente en el problema, pero desea intensificar el compromiso de la familia con la terapia y el terapeuta. En esas ocasiones se le da a la familia una tarea simple para introducir esta forma de trabajo como parte de la terapia, y para avanzar a la siguiente tarea una vez que el terapeuta haya tenido la oportunidad de diseñar algo más personalizado. Por ejemplo, se le puede pedir a la familia que haga una lista, observar ciertos comportamientos, pasar un tiempo agradable juntos, o hablar entre todos a una cierta hora.

Tareas adecuadas al estilo de la familia. Las tareas deben ser acordes con la forma de ser de la familia. A una familia competitiva y aficionada a los deportes puede asignársele una tarea que incluya metáforas deportivas y elementos competitivos. Cada miembro de la familia puede tener una posición diferente en el equipo para lograr que la tarea de terminar satisfactoriamente el ciclo escolar del hijo se complete con éxito; también puede decírsele a la familia que el tiempo normal para resolver este problema es de ocho semanas pero que dado su sentido de determinación, parece posible que ellos puedan romper el récord de tiempo en resolverlo. Asimismo, si la familia es muy intelectual, se les puede dar una explicación más de acuerdo a su estilo, y la tarea puede incluir más recolección de información y hacer uso de la literatura disponible o asignarles visitas a museos como parte de las tareas.

Desarrollar los aspectos específicos de la tarea. A menudo el terapeuta tiene en mente una tarea general, y negociar las especificidades de la tarea se convierte en una parte importante de la sesión de terapia. Si el terapeuta considera primordial que los padres aumenten sus sentimientos positivos a medida que el problema del hijo mejora, podría proponer la idea de que los padres merecen hacer algo para celebrar su arduo trabajo. Así, podría preguntarles qué hacían juntos para divertirse antes de tener hijos, cuándo podrían conseguir alguien que cuide a los hijos para que ellos salgan juntos, y

cuánto podrían gastar en la celebración. También trataría de implicar a los niños para que apoyen a sus padres merecedores de una recompensa por su trabajo, y finalmente haría que los padres describiesen específicamente cuándo planean salir y qué van a hacer, tan detalladamente como sea posible.

Cambiar el significado o el tono emocional. Las tareas pueden ser utilizadas para reencuadrar o cambiar el significado de un problema. Por ejemplo, si la familia se queja de que los problemas del hijo se deben a su terquedad, el terapeuta se plantearía que esa explicación es contraproducente y en su lugar propondría la idea de que el niño es en realidad inseguro y que le falta confianza en sí mismo. Pediría entonces a varios miembros de la familia que ayuden al chico a sentirse mejor consigo mismo y a desarrollar autoconfianza. Esto claramente resultaría en interacciones familiares muy diferentes de las previas luchas alrededor de la terquedad del niño. El tono de las interacciones sería más cariñoso y lúdico. A una pareja que discute todo el tiempo podría planteársele que el problema no es la falta de amor, sino que se aman demasiado y que no se permiten suficiente espacio para apreciar ese amor. Se les da la tarea de hacer algo sin el cónyuge, para luego regresar a casa a contarle al otro cómo le fue el día y cuándo le extrañó más. Así, la tarea se convierte en una forma de cambiar el significado y los sentimientos asociados con el problema, y liberará soluciones nuevas y más exitosas para la familia.

Incluir a todos los miembros de la familia en las tareas. Gran parte de la eficacia de la terapia estratégica depende de que la familia haga las tareas. Respecto al diseño de las tareas, Haley creía que si no se incluía a un miembro de la familia (a menudo un padre sobreinvolucrado), éste podía tratar de sabotear las tareas de los demás miembros. Cuando sea posible, las tareas deben incluir a todos los miembros de la familia. Por ejemplo, si el terapeuta está intentando implicar más al padre con el hijo, puede pedírseles que hagan deporte juntos cada día, mientras el resto de los hermanos se incluirían en el plan de ejercicio uniéndoseles en la práctica de deporte dos veces a la semana, y a la madre y la hija en la familia puede indicárseles que elijan una actividad física divertida como poner música y bailar, o se les puede pedir que lleven la cuenta del tiempo que el padre y el hijo pasan juntos en esta actividad.

Expectativa de que la familia complete las tareas. Las tareas deben ser

asignadas como tales, no como sugerencias. Es importante ser precisos sobre lo que se va a hacer y sobre dónde, cuándo y cómo se hará. Mientras más específico sea el plan, más posibilidades hay de que se lleve a cabo. Hay una excepción al respecto: algunas veces se asigna intencionadamente una tarea imprecisa para cambiar el tono emocional o el significado que la familia ha otorgado al comportamiento. Por ejemplo, una tarea que se le da frecuentemente a las parejas es pedirle a uno o a ambos que tengan un gesto amable con el otro en secreto, hacer algo que el otro no esperaría que hicieran por él/ella. Con este tipo de tarea, es necesario dejar la actividad así de imprecisa y que los esposos no lleguen a revelar lo que hicieron de tal manera que estén atentos a observar gestos positivos e inusuales.

Ayudar a la familia a sentirse responsable del cambio. En la medida de lo posible el terapeuta estratégico quiere que la familia tenga la experiencia de que el cambio proviene de su propia iniciativa y no del terapeuta. Para conseguirlo, el terapeuta puede proveer la estructura para la tarea pero la familia tomaría las decisiones sobre las características específicas –qué días y a qué horas harán la tarea, dónde se hará, etc. Esto es similar al hipnotizador que hace una levitación de brazo y dice "No sé si es tu brazo derecho o izquierdo el que empieza a sentirse ligero y se eleva" (dando por sentado que se elevará). De la misma forma, un padre puede preguntarle a su hijo qué animal de peluche quiere llevar consigo a la cama –pero sin ofrecer la opción de irse a la cama o no. Un terapeuta puede querer que los padres lleven a su hijo a la escuela para asegurarse de que no falte, pero sabe que los padres podrían no querer tomarse el tiempo para llevar a su hijo. El terapeuta puede entonces preguntar a los padres qué día de la siguiente semana llevará cada uno al niño y se asegurará de que entre a clase –dando por sentado que uno de los padres llevará al hijo a la escuela. Asimismo, puede pedírsele a la familia que decida qué noche y a qué hora les viene mejor tener una reunión familiar, dónde la realizarán, quién llevará la orden del día, cuánto tiempo durará la reunión y quién medirá el tiempo, cómo deberá terminar la reunión, etc., evitando por completo el tema de si la reunión se llevará a cabo o no.

Reforzar la tarea durante la sesión. Para asegurarse de que la tarea quede clara, el terapeuta puede pedirle a la familia que tome nota de ella. Una vez que

se ha asignado la tarea, se le puede pedir a la familia que la repita para asegurarse de que la han entendido correctamente. Cada miembro de la familia describe qué parte de la tarea le corresponde hacer; esto les permite sentir que son ellos quienes han desarrollado la tarea y que la responsabilidad de cumplirla es de cada uno. El terapeuta también puede preguntarles qué cosas podrían obstaculizar el cumplimiento de la tarea y cómo podrían enfrentar esa situación.

Escenificar la tarea durante la sesión. Otra manera de facilitar el cumplimiento de la tarea es practicarla durante la sesión antes de que se haga en casa. Aunque a menudo no es posible hacer esto con todas las tareas, la probabilidad de que nuevos comportamientos o interacciones sucedan fuera de la sesión aumenta cuando éstos han sido practicados durante la sesión. Por ejemplo, se le puede pedir a un adolescente que haga como que va a entrar a casa 15 minutos después de su hora de llegada para que la madre pueda practicar la tarea. En vez de quejarse con enfado acerca del retraso, puede decirle lo feliz que está de que haya llegado a casa y todas las cosas terribles que temía que le pasaran.

Asignar las tareas al final de la sesión. En la terapia estratégica, por lo general las tareas se asignan al final de la sesión. Las sesiones deben organizarse de manera que haya tiempo adecuado para dar la tarea y hacer un ensayo si se considera apropiado. Algunas veces la sesión que precede a la asignación de la tarea puede ser organizada por el terapeuta de forma que la tarea siga de manera lógica al contenido de la sesión; pero también puede hacerse lo contrario si la información que se reveló durante la sesión llega a cambiar la tarea que se asigna al final. Es importante en casi todos los casos que la sesión termine una vez que la tarea ha sido asignada. Si la sesión continúa, se corre el riesgo de que sucedan cosas que interfieran con el cumplimiento de la tarea. Por ejemplo, los padres pueden entrar en desacuerdo y negarse a cooperar, o un hijo puede molestarse y los padres sentirse desanimados respecto a la posibilidad de tener éxito en la tarea, tanto que rehúsen intentar hacerla. Si la familia se va tan pronto como se ha completado el plan para la tarea, estas interferencias no ocurrirán.

Revisar la tarea al principio de la siguiente sesión. Dada la importancia de la

tarea, es crucial que el terapeuta empiece la siguiente sesión preguntando sobre ella. Usualmente se pregunta de manera detallada para entender lo que hizo o no hizo la familia y el impacto que tuvo. El terapeuta está interesado en entender si la tarea ha tenido un impacto positivo y también en saber más sobre el sistema familiar y su motivación según la manera en la que abordaron la tarea. Esto ayuda al terapeuta a diseñar la siguiente tarea para que corresponda con el estilo y las interacciones habituales de la familia.

Cuando la familia no hace la tarea. Si la familia no ha hecho la tarea, el terapeuta tiene dos opciones. Puede elegir asumir la responsabilidad del fracaso y declarar que ha dado la tarea equivocada, diciendo: "Si hubiera sido la tarea correcta, por supuesto la habrían hecho". Por el contrario, el terapeuta puede asumir la posición de mostrarse descontento con el incumplimiento de la familia, cuestionando si realmente están comprometidos con la resolución del problema. El terapeuta elige cómo actuar teniendo presente que lo que él o ella piense maximizará la motivación de la familia para cooperar en el futuro.

5. Caso clínico

Los padres de Marcos lo describían como un niño completamente imposible y fuera de control. Según sus relatos, Marcos se comportaba horriblemente porque quería irritarles y hacerles la vida imposible. Sin embargo, esta descripción de mala intención premeditada no coincidía con el alegre pequeño de tres años que se entretenía feliz con los juguetes de la sala de terapia. El terapeuta trató de informar a los padres de Marcos sobre el comportamiento típico de los niños de tres años, pero sus padres le refutaban con una lista de los "fracasos" que habían tenido otros profesionales a quienes consultaron previamente, incluyendo el "fallo" de no diagnosticar a su hijo como "hiperactivo".

Los padres de Marcos no sólo sabían muy poco de cómo se comportan generalmente los niños de tres años, sino que no hacían casi nada para ayudarlo a auto-regularse. Durante la primera sesión, Marcos caminó lenta y deliberadamente de un lado a otro de la sala, con la obvia intención de jugar con el teléfono mientras sus padres lo observaban sin moverse para detenerlo, hasta que el teléfono cayó al suelo, lo cual sí les provocó un sobresalto. Luego, la madre de Marcos lo mandó al otro lado de la sala a coger un

juguete, observándolo cuidadosamente hasta el último instante, volviéndose justo a tiempo para no ver que el niño se desvió de su objetivo y tiró una lámpara. Asimismo, a lo largo de la sesión, Marcos quedó fascinado con el interruptor de la luz y empezó un espectáculo de luces estroboscópicas que duró tres minutos, acompañado de las peticiones pacientes y fútiles de su padre para que hiciera el favor de detenerse.

El terapeuta descubrió que los padres no habían estado juntos a solas durante años, dado que su hijo era demasiado complicado para dejárselo a alguien, según declararon. Sin embargo, este inconveniente no parecía molestarles; el comportamiento de Marcos les fascinaba hasta tal punto que parecían no hablar de ninguna otra cosa. Nunca habían marcado una disciplina respecto al comportamiento de su hijo por miedo a causarle un serio trauma emocional y daños psicológicos irreparables. Por otra parte, la pareja declaró no estar nunca en desacuerdo, y ya que hablaban casi exclusivamente de Marcos, había muy poco sobre qué estar en desacuerdo, aunque se había creado un poco de tensión últimamente cuando el esposo empezó a hablar de querer tener un segundo hijo.

El terapeuta no confrontó la certeza de los padres de que su problema era el “pequeño monstruo” que intentaban criar. Estaba convencido de que en esta etapa, cualquier recomendación explícita sería seguida a medias o incluso rechazada por ser vista como una forma de doblegar o anular la personalidad del hijo. Así que tras revisar los intentos previos de la pareja por solucionar el problema, el terapeuta no sugirió cambios concretos, sino que pidió a los padres buscar consejo en sus propias familias, y luego pedirle “permiso” a sus parientes para hacer algo “diferente” con su hijo. “Para lograr entender mejor” el problema, el terapeuta pidió a los padres que escenificaran diferentes estrategias de crianza en varios escenarios “simulados”. En la mayoría de las escenificaciones, uno de los padres representaba a Marcos mientras el niño hacía de padre o madre. El terapeuta observó, sin mencionarlo, que en su rol de padre o madre, Marcos era mucho más eficaz estableciendo límites que cualquiera de sus padres. Además, durante esta intervención, el terapeuta animó a los padres a jugar entre ellos, en vez de mostrar el autocontrol indiferente que los caracterizaba. Al “jugar” haciendo

como que estaban en conflicto el uno con el otro (actuando uno de ellos como hijo y otro como padre o madre) estaban en realidad practicando cómo disciplinar a su hijo y tener conflictos de pareja sin tener que confrontar estos retos en la vida real.

Dado que los padres de Marcos lo habían descrito como muy testarudo, se les pidió que le demostraran que él no podía intimidarlos. Además, ya que Marcos "parecía decidido a mantenerlos separados", los padres tenían que mostrarle "quién mandaba", pasando tiempo juntos cada día y saliendo en pareja algunas noches sin permitirle que interfiriera o que los forzara a quedarse en casa. Esta intervención mejoró su relación de pareja y además hizo que los abuelos, quienes se quedaban entonces a cargo de Marcos, se convirtieran en decididos defensores de una mayor disciplina para su nieto y de más autoridad para los padres.

A los padres se les animó a mostrarle a Marcos quién tenía la autoridad a través de juegos como "Mamá, ¿puedo...?" o "Simón dice". De esta forma los padres podían practicar dar órdenes a través del juego, y Marcos podía practicar aceptarlas al instante. Además, el terapeuta pidió a los padres que hiciesen juegos físicos como luchas o jugar a pillar con Marcos, para ayudarles a superar su inhibición a la hora de intervenir físicamente para conseguir cierto comportamiento en él.

Para entonces, los padres estaban muy frustrados al verse restringidos para actuar. Habían contado a todo mundo que iban a "hacer algo" respecto a Marcos; habían hecho tareas preparatorias durante semanas. Ahora le demandaban al terapeuta que les dijera qué hacer sobre el problema en sí. A manera de concesión, el terapeuta les asignó hacer una lista de comportamientos problemáticos que habían acordado como preocupantes. No satisfechos con esta tarea, entre sesiones compraron un conocido libro sobre cómo disciplinar a los hijos, y crearon un sistema de puntos para medir y premiar el comportamiento de Marcos. En la sesión final, los padres todavía se oponían a las opiniones de los profesionales sobre Marcos, pero ahora expresaban su oposición rehusando a aceptar las precauciones del terapeuta y lidiando con el comportamiento de Marcos ellos mismos, usando las mismas ideas del libro, las que antes habían rechazado de los profesionales a quienes

habían consultado.

6. Aplicaciones específicas de la terapia estratégica

Jay Haley y otros terapeutas estratégicos han propuesto modelos de tratamiento para problemas específicos y especialmente difíciles. Cada uno de estos modelos será descrito brevemente, pero es importante señalar la dificultar existente en sintetizar en un párrafo los elementos cruciales de cada modelo.

En el libro titulado *Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People* (1996), Haley describe su modelo de tratamiento para familias en las que un adulto joven tiene problemas severos que le impiden convertirse en un adulto independiente y exitoso. Estos problemas incluyen esquizofrenia y psicosis, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios y delincuencia grave. El modelo supone que el hijo sintomático ha encontrado un rol en la familia, lo cual le permite quedarse en el hogar y comportarse inapropiadamente. A menudo, el comportamiento del hijo distrae a la familia de otros problemas; por ejemplo, una madre soltera podría sentirse sola y deprimida si el hijo se fuera de casa, o los padres podrían divorciarse si el hijo dejara de ser el centro de las interacciones de la familia. El foco del tratamiento se localiza en fortalecer a los padres para que actúen de acuerdo con la jerarquía correspondiente, así como en proveerles del liderazgo necesario para permitir al hijo desarrollar una vida normal. Se tiene en cuenta la función que puede estar cumpliendo el síntoma, pero generalmente estas funciones no se abordan explícitamente ni se discuten. A los padres se les pide que especifiquen cuáles son las expectativas “normales” que tienen respecto de su hijo; dichas expectativas a menudo incluyen ayudar con las tareas de casa, ir a la universidad o trabajar, tener una vida social, hacer ejercicio. Luego se les pide que se impliquen activamente con el hijo para asegurarse de que toma los pasos necesarios para cumplir esas expectativas.

Cloe Madanes (Madanes, Keim, y Smelser, 1995) propuso modelos estratégicos para el tratamiento de violencia física dentro de la familia, así como para el tratamiento de incesto padre-hijo/a y entre hermanos. Planteó una secuencia específica y cuidadosamente diseñada de pasos a seguir en la terapia. Estos pasos se enfocan en que el agresor se responsabilice de sus acciones,

describiendo detalladamente lo que hizo, entender la gravedad del daño causado, disculparse sinceramente con la víctima y con la familia, y tomar medidas para reparar y lidiar con el impacto del daño de manera constructiva. Es importante mencionar que para aplicar este modelo, el agresor y la familia deben estar motivados para implicarse en la terapia familiar que aborde el problema (y a menudo en estos casos la terapia es prescrita por un juez).

Varios terapeutas estratégicos han formulado modelos para trabajar con adolescentes difíciles y sus familias; entre ellos se encuentra Jerome Price con su libro *Power and Compassion: Working with Difficult Adolescents and Abused Parents* (1996), Scott Sells con *Treating the Tough Adolescent: A Family Based, Step-by-Step Guide* (1998), y los capítulos editados por Todd y Selekman en el libro *Family Therapy Approaches with Adolescent Substance Abusers* (1991). Cada autor ofrece modelos muy útiles y estrategias de tratamiento para diferentes situaciones familiares en los que un adolescente difícil trae a terapia a la familia. En la mayoría de los casos, los autores incluyen maneras de fortalecer a los padres a la hora de establecer límites y proveer cuidados y amor, y los diferentes enfoques ofrecen ideas para afrontar los dilemas y retos para conseguir estos objetivos.

Los enfoques de terapia estratégica también han sido activamente incorporados en tratamientos diseñados para terapia individual. Reid Wilson (1996) desarrolló modelos de tratamiento para trastornos de ansiedad basados en la terapia estratégica. Michael Yapko (2001) ha escrito sobre intervenciones para tratar la depresión que integran la terapia estratégica con hipnosis y terapia cognitivo- conductual.

7. Conclusión

Este modelo puede parecer simple tal como lo describe Haley, ya que su manera clara y eficaz de escribir deja fuera aspectos de su trabajo que no pueden ser expresados fácilmente por escrito. De hecho, el modelo deposita altas expectativas en el terapeuta, que debe rastrear cuáles son las interacciones familiares que rodean al problema, para luego diseñar tareas que coincidan con el estilo de la familia y cambien las secuencias de interacción. El terapeuta debe llevar a cabo las sesiones de manera que la familia se implique activamente, incluso fuera de la sesión. Por lo tanto, este modelo requiere un

nivel considerable de competencia y habilidades terapéuticas.

Uno podría preguntarse, ¿por qué utilizar este modelo si convertirse en un terapeuta estratégico competente resulta una labor tan exigente? Y ¿por qué tantos modelos se han desarrollado a partir de la terapia estratégica? Ante todo, porque ofrece una manera eficiente y eficaz de ayudar a las personas a superar el problema que los trae a terapia. Además, es estimulante para el terapeuta, quien al intervenir desde este modelo hace uso de todos los aspectos de su persona: sus recursos intelectuales, sus conocimientos profesionales, sus habilidades sociales, su flexibilidad interpersonal y cualquier otro aspecto de lo que es y lo que sabe para ponerlo al servicio de la familia. Y debe además utilizar creativamente las fortalezas y recursos familiares.

La terapia estratégica es un enfoque de terapia familiar que se caracteriza por ser práctico, simple y enfocado al problema. Como muchas creaciones aparentemente simples, la elegancia y eficacia de la terapia se logran gracias al conocimiento y a la habilidad del terapeuta al implementar las estrategias que mejor movilizan al individuo y a la familia. Como resultado, las familias y los individuos pueden hacer uso de sus recursos para resolver problemas y para tener la calidad de relaciones que desean. Haley a veces se refería a la terapia como *aikido* –simplemente reencauzar la energía en una dirección más positiva. Pero como en el *aikido*, saber cuándo, dónde y cómo redirigir la energía son un arte y una habilidad.

8. Lecturas recomendadas

Para aquellos interesados en aprender más sobre este enfoque, recomendamos los siguientes libros de lectura esencial:

Haley, J. (1987). *Problem solving therapy* (2ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass. (Trad. Castellano: Terapia para Resolver Problemas, Buenos Aires: Amorrortu, 1980). Éste es el libro en el que Haley describe con mayor claridad el enfoque estratégico de terapia y que recomendamos leer en primer lugar. Incluye capítulos sobre cómo conducir la primera entrevista, directivas, conceptos para entender los sistemas familiares, etapas de la terapia, conflictos éticos, y una transcripción de un caso grave de fobia a perros supervisado por Haley. También creó un video didáctico sobre este caso llamado “Un pequeño Hans de nuestros días”, que es muy recomendable.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M. D.* Nueva York: Norton. (Trad. Castellano: Terapia no Convencional. Las Técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu, 1980). Este libro muy ameno contiene la descripción de la terapia y las ideas principales de Milton Erickson desde el punto de vista de Haley. Está estructurado según las etapas del ciclo vital familiar y aborda cada etapa evolutiva junto con numerosos casos clínicos de Erickson. El lector obtendrá así una perspectiva del estilo creativo y práctico del enfoque de Erickson; cómo incorporaba la sugestión indirecta y la metáfora cuando no hacía inducciones hipnóticas más formales y cómo todo esto era eficaz a corto plazo. Asimismo, el lector accederá así a los orígenes de la terapia estratégica y conocerá en qué se basó Haley para desarrollar este enfoque.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. (Trad. Castellano: Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu, 1993). Cloe Madanes trabajo e impartió clases con Haley durante muchos años. Organizaba la terapia estratégica en torno a temas como el amor, la alegría, la creatividad y la posibilidad de que el hacer "como si" liberaría a las familias de sus "soluciones" fallidas. Este libro ofrece una perspectiva adicional sobre la terapia estratégica e incluye numerosas estrategias y casos clínicos. Incluye capítulos dedicados a problemas matrimoniales, infantiles, parentales y de adolescentes. Está escrito en un estilo claro y ameno.

Bibliografía

GREENBERG, L. & STYCZYNSKI, L. (1991). "Little monsters: Strategies with self-defeating parents". *The Family Therapy Networker,* March/April, 79-81.

HALEY, J. (1971). *Changing Families.* Nueva York: Grune and Stratton. (Trad. Cast: *Tratamiento de la familia*. Barcelona: Gráficas Saturno, 1974).

HALEY, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Nueva York: Norton. (Trad. Cast.: *Terapia no Convencional. Las Técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980).

HALEY, J. (1984). *Ordeal Therapy: Unusual Ways to Change Behavior*. San Francisco: Jossey-Bass. (Trad. Cast: *Terapia de Ordalía. Caminos inusuales*

para modificar la conducta. Buenos Aires: Amorrortu, 1984).
HALEY, J. (1987). *Problem-solving Therapy* (2ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass. (Trad. Cast.: *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980).
HALEY, J. (1996). *Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People* (2ª ed.). Nueva York: Brunner-Routledge. (Trad. Castellano: *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu).
HARDY, K. (2010). "Introduction". En RICHEPORT-HALEY, M. y CARLSON, J. (Eds.). *Jay Haley Revisited*. Nueva York: Routledge, pp. 173-178.
KEIM, J. (2000). "Strategic therapy". En DATTILIO, F. y BEVILACQUA, L (Eds.). *Relationship Dysfunctions: A Practitioners Guide to Comparative Treatments*. Nueva York: Springer.
MADANES, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. (Trad. Cast.: *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1993).
MADANES, C., KEIM, J. y SMELSER, D. (1995). *The Violence of Men*. San Francisco: Jossey-Bass. (Trad. Castellano: *Violencia masculina*. Barcelona: Granica, 1997).
O'HANLON, B. (2010). "Introduction". En RICHEPORT-HALEY, M. y CARLSON, J. (Eds.). *Jay Haley Revisited*. Nueva York: Routledge, pp. 119-120.
PRICE, J. (1996). *Power & Compassion: Working with Difficult Adolescents and Abused Parents*. Nueva York: Guilford.
RICHEPORT-HALEY, M. y CARLSON, J. (Eds.) (2010). *Jay Haley Revisited*. Nueva York: Routledge.
SELLS, S. (1998). *Treating the tough adolescent: A family-based, step-by-step guide*. Nueva York: Guilford.
TODD, T. y SELEKMAN, M. (1991). "Beyond structural-strategic family therapy: Integrating other brief systemic therapies". En TODD, T. & SELEKMAN, M. (Eds.) (1991). *Family therapy approaches with adolescent substance a busers*. Boston: Allyn and Bacon.
WEBER, T., MCKEEVER, J. y MCDANIEL, S. (1985). "A beginner's guide to the problem-oriented first family interview", *Family Process*, 24, 357-364.
WILSON, R. (1996). *Don't Panic: Taking control of anxiety attacks*. Nueva

York: Harper & Row.
YAPKO, M. (2001). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Nueva York: Brunner/Routledge.

11

Terapia breve del MRI

Ruth Casabianca

Índice de contenidos

1. Orígenes del modelo de terapia breve del mri

Desde 1959 el *Mental Research Institute* (Palo Alto, California) convocó a talentosos estudiosos de la comunicación e interacción humanas, tales como Don Jackson, William Fry, Virginia Satir, Antonio Ferreira, John Weakland y Jay Haley, estimulando la investigación y conceptualización de ideas en el campo de los estudios interaccionales/sistémicos, incluyendo individuos, parejas y familias. Gregory Bateson y sus estudios sobre la comunicación humana fueron una importante fuente nutriente para el grupo de afiliados a la institución.

Asimismo, un enorme respeto a las ideas de Don Jackson y Milton Erickson en el campo de la terapia familiar, sirvió de estímulo e inspiración para el desarrollo de ideas, ya más específicas, en la clínica. En 1966, Richard Fisch funda el *Brief Therapy Center* del MRI, alrededor de la tarea profesional de investigar y desarrollar un modo de practicar la terapia, con el claro objetivo de solucionar en poco tiempo los problemas presentados. Desde el inicio integraron este grupo dedicado a la investigación y práctica de la psicoterapia reconocidos autores de las obras más importantes y difundidas internacionalmente, tales como Janet Beavin, Paul Watzlawick, John Weakland y Lynn Segal.

Como bien expresaron Fisch, Weakland y Segal (1984) en *La táctica del Cambio. Cómo abreviar la terapia*, no era su intención hacer una distinción entre terapias breves y prolongadas, o terapias apropiadas para una u otra clase de problemas, sino *replantear la naturaleza de los problemas humanos* dejando de lado una comprensión psicopatológica tradicional, conceptualizándolos de manera diferente, e impulsando deliberadamente al cambio a fin de lograr su resolución de forma efectiva y eficiente. El planteamiento inicial, fue considerar un máximo de 10 sesiones para este objetivo, a razón de una por semana. Ya en ese momento, avizoraban que los conceptos y herramientas desarrolladas por el grupo podrían ser transferidos desde el contexto psicoterapéutico a otros campos de las relaciones humanas.

Carlos Sluzki –quien venía participando como Asociado de investigación desde 1965 y Director de training entre 1976 y 1980– asumió la Dirección del *Mental Research Institute* desde 1980 hasta 1983. Probablemente su origen

argentino, y seguramente su destacada capacidad de organización y de facilitar vínculos entre los colegas, lo llevó a establecer conexiones con América Latina, organizando y dirigiendo cursos anuales de formación intensiva en habla hispana. Sin duda esta decisión y puesta en acto, facilitó la expansión del modelo en numerosos países de América y Europa, a través de terapeutas de habla hispana que se sumaron a tantos otros formados en Palo Alto, y que luego difundieron el modelo y entrenaron a muchos, más allá de las fronteras de sus lugares de origen.

En 1994, Karin Schlanger y Barbara Anger-Díaz propulsan la creación del Centro Latino de Terapias Breves y Entrenamiento, dirigido hoy por la primera. Este Centro brinda fundamentalmente atención a poblaciones de origen latino y mayoritariamente de bajos recursos. También ofrece entrenamiento en el modelo de resolución de problemas del MRI para terapeutas hispano-parlantes o bilingües de diversas partes del mundo. Adicionalmente, se desarrollan investigaciones sobre nuevas técnicas inferidas de los principios básicos del modelo, aplicables a otras áreas, más allá de los contextos psicoterapéuticos.

El modelo de terapia breve del MRI ha sido ciertamente de los más difundidos en el mundo, en parte por la preocupación docente de sus creadores y seguidores, pero fundamentalmente porque ha demostrado vastamente su utilidad y amplitud de aplicabilidad a diversas áreas de los problemas humanos. Este modelo ha sido la base de otros desarrollados posteriormente, tales como la terapia breve estratégica de Nardone o la terapia centrada en soluciones de De Shazer y Kim Berg. Su énfasis en la eficacia y cuidadosa planificación estratégica de los cambios a lograr lo convierten hoy, en uno de los modelos más adecuados a este siglo XXI, donde la racionalización de recursos de diversa índole es una condición a considerar en el abordaje de la resolución de distintos tipos de problemas, en contextos y culturas diversos.

2. Principios del modelo de terapia breve del mri

Como todo modelo, se asienta sobre una ética, desarrolla una teoría, y deriva recursos técnicos coherentes con las dos anteriores.

2.1. La ética del modelo

Las ideas desarrolladas por sus autores transpiran ciertos *valores*, que en

algunos escritos están explicitados, y en otros pueden ser fácilmente inferidos. Quizás el más evidente sea el de la *economía*, entendida en sentido amplio, como una regla que observa "el mínimo cambio posible para el máximo beneficio". Esto, implícitamente habla de *optimismo* y *creencia genuina en los recursos de los consultantes* (o del "cliente" como prefieren ellos llamarlo). Nadie con experiencia en el campo de la terapia pondría entre paréntesis la tradicional psicopatología, de no estar convencido de que afrontando la concepción de los problemas con una visión interaccional, éstos pueden ser construidos y modificados desde sus propios protagonistas, aun en los casos donde las estructuras biológicas y/o su funcionamiento estuvieran involucrados, y sin negar otros tipos de intervención.

Asimismo, el modelo resalta la *responsabilidad del terapeuta* en la orientación hacia el cambio deseado por los consultantes, con un enorme *respeto* por lo que éstos consideran tanto el problema a trabajar como las soluciones a materializar, enfatizando la observancia de sus propias posiciones, cultura, y supuestos básicos de vida.

2.2. Conceptos fundamentales del modelo

Lo fascinante del modelo MRI es la novedosa conceptualización que sus autores hicieron para *definir lo que es un problema para psicoterapia, cómo se explica su presencia, y en qué consiste el cambio posible*. Todo esto, con una claridad y simplicidad admirables, especialmente si lo ubicamos en el contexto histórico de la psicopatología y psicoterapia de entonces.

Tal como Weakland et al. (1974) exponen en el artículo "Brief Therapy: Focused Problem Resolution", el modelo que proponen, basados en la investigación de varios años, se sustenta en dos principios básicos:

• La focalización en la interacción presente de conductas observables, y
• La intervención deliberada para alterar el sistema vigente.

Desde mi punto de vista, estos principios aducen a tal nivel de abstracción, que podríamos hoy afirmar que sus autores fundamentaron un *meta-modelo* teórico para la visión y acción psicoterapéuticas sistémicas: ¿qué terapeuta, con óptica contextual, podría no considerarlos? De hecho, los diversos modelos que se desarrollaron a posteriori los respetaron, si bien cada uno de ellos especificó cuál interacción es la significativa (si la estructura, las

historias narradas o los diálogos a producir), y qué intervenciones el terapeuta necesita poner en práctica para elicitar el cambio (si directivas, reflexiones, el diálogo novedoso, etc.).

Lo que le da las cualidades específicas al modelo MRI es lo que definen como *problema* para psicoterapia, *cómo lo explican y en dónde reside el cambio significativo* o resolución del problema *de modo breve*. Esta brevedad no debe interpretarse como producto de poner en práctica una versión abreviada de un tratamiento prolongado, sino que es consecuencia de la forma de conceptualizar el problema y el tratamiento, y también, de la creencia del terapeuta en que establecer límites temporales ayuda a los participantes del sistema terapéutico a acortar el plazo de trabajo conjunto.

A continuación se detallan los conceptos teóricos específicos.

2.2.1. Qué es un problema

Un problema es una dolencia concreta que refieren alguna o algunas personas, se trate de quien lo porta o no. “No se trata simplemente de una conducta ordinaria, sino de una conducta indeseada” (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Este sufrimiento es lo que generalmente estimula a la consulta profesional, y salvo excepciones –como sucede por ejemplo cuando un consultante sólo necesita hacer catarsis– motiva a emprender acciones para aliviarlo.

En otras palabras, un problema es siempre *construido en la significación* que se le otorga a alguna/s conducta/s, como un malestar para alguien o varias personas que se hallan significativamente relacionadas: una familia, una pareja, un grupo de trabajo, etc. Desde esta asunción, no se podría hablar de problemas “objetivos”, allí afuera, sino de aquellos que cobran esta naturaleza por la significación de indeseable que se les otorga.

Ejemplos de esta clase serían un niño que se niega a ir a la escuela, y los padres y posiblemente también el maestro, significan a esta conducta como problema porque consideran que el temor le impide aprender y evolucionar. O bien, una pareja que considera tener un problema de comunicación, ya que viven discutiendo con la percepción de no ser capaces de llegar a decisiones consensuadas necesarias para afrontar la vida común. En algunos casos, es solamente el paciente que lo porta y sufre quien construye algo como problema:

insomnio o temor a tener un accidente cuando viaja, por ejemplo.

Pero además, un problema tiene una historia de ocurrencia. No es una simple dificultad que aparece imprevistamente en la vida, frente a la cual se ponen en funcionamiento nuevas conductas para afrontarla, y se genera adaptación, restableciendo bienestar. Un problema se ha mantenido en el tiempo lo suficiente, como para generar *intentos de solución.*

Como dicen Fisch, Weakland y Segal (1984, pág. 32), "cuando no se soluciona una dificultad, y se aplica una dosis más elevada de la misma "solución", queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original".

En el ejemplo mencionado del niño con temor a la escuela, éste se resiste a entrar una mañana, dificultad que se presenta comúnmente en niños pequeños. La madre que lo acompaña se angustia, y decide por ese día llevarlo de vuelta a la casa, con lo cual el niño se calma. Ocupa parte de la tarde en explicarle lo bueno que es para él ir a la escuela. Cuando el padre llega de su trabajo y se entera del episodio, comienza a criticar a la madre porque no se puso firme en dejarlo en la institución, y también le habla al hijo para convencerlo de que al día siguiente tiene que asistir. A la mañana siguiente se repite la resistencia del niño –quizás aumentada con dolores estomacales– y la madre se enoja más tratando de forzarlo, pero desiste de la acción ante el llanto angustioso de su hijo sumado a la sugerencia de la maestra de no dejarlo en esas condiciones. A la tarde, el padre se enoja aún más con la madre y amenaza al niño con dejarlo sin su programa de televisión favorito si no asiste al otro día. Al tercer día la historia de resistencia se repite, y los padres refuerzan con más intensidad su crítica mutua y los reproches/castigos al hijo.

¿Qué sucedió con la dificultad inicial? Los padres –con criterios habituales– intentaron críticas entre ellos, y métodos de convencimiento o castigo al niño. También la maestra optó por no recibirlo en ese estado –actitud relativamente frecuente entre los docentes frente a un alumno angustiado–. A consecuencia de todo lo cual, el niño se mantuvo en su posición de resistencia y temor agudizado. Si pensamos en esta situación a más largo plazo, pueden observarse

más intentos de solución, y quizás más drásticos, todos de la misma clase, y todos infértiles. De esta manera, una dificultad bastante frecuente se instaló y convirtió en un problema.

2.2.2. Cómo se explica la presencia y persistencia de los problemas

Los intentos fallidos o "soluciones intentadas" se convierten en el sistema de mantenimiento del problema, no importa cuál haya sido el origen.

En el ejemplo anterior, la causa ¿fue la predisposición heredada de una madre ansiosa?, ¿fue que el niño observó inseguridad en la exigencia de los padres?, ¿fue que el conflicto entre los padres le hizo pensar en que "a río revuelto, ganancia de pescadores"? No lo sabemos, ni es relevante su conocimiento en orden a la resolución del problema. Lo importante es que se llevaron a cabo acciones diversas, de la misma clase, que se retro-alimentaron entre sí por un período más o menos prolongado de tiempo, y que no lograron su objetivo: que el niño disminuya la angustia y asista a la escuela.

Un punto aquí interesante es que la persistencia en actitudes inadecuadas para resolver las dificultades no la fundamentan en defectos o alguna patología mental de los participantes, sino en la *inadvertencia de actividades que mantienen vivos los problemas,* a pesar de las mejores intenciones de resolverlos. Estas actividades o actitudes implican *no sólo conductas manifiestas o reacciones frente a la situación-problema, sino también creencias, opiniones o visiones* acerca del problema, de las que se derivan y alimentan dichas reacciones, en un círculo vicioso que las mantiene mutuamente.

Esto significa que las "conductas ensayadas" frente a situaciones indeseables, poseen una *cualidad cognitiva y reactiva en relación mutua (*"se piensa y en consecuencia se actúa, y en consecuencia se sigue pensando"), que ayuda a entender la estabilización o fijación de las mismas, aunque no provoquen la solución deseada de aliviar la situación-problema.

Si volvemos al ejemplo descrito, es claro que la madre y la maestra adjudican al niño una cualidad de "pobrecito, cuánto sufre", mientras el padre cree que la madre es una mala educadora y el niño un desobediente. En consecuencia, todos actúan en relación a lo que piensan o creen. Cuanto más intensifican sus reacciones y ven el producto (el niño se sigue resistiendo), más reconfirman que

están en lo cierto y necesitan una dosis de "más de lo mismo" (conductas de la misma clase más intensas, más frecuentes) para obtener éxito.

Los intentos fallidos de solución pueden ser llevados a la práctica solamente por la persona portadora del problema –entendiendo al "paciente identificado" como un sistema de relaciones consigo mismo–, o pueden también incluir a quienes están significativamente relacionados con él, como en el ejemplo expuesto.

Weakland et al. (1974) consideran a los problemas que se traen a psicoterapia como "dificultades situacionales entre personas, problemas de interacción". Es lógico aceptar esta apreciación, desde la premisa de que "*toda conducta es comunicación*" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981), y por lo tanto transmite mensajes a los involucrados en los sistemas de relación cercanos, estimulando respuestas que a su vez alimentan otras nuevas, generando y manteniendo entre todos –paciente identificado y otros significativos– el círculo vicioso.

Y esto es así en la gran mayoría de los casos. De todos modos, en aquellos problemas donde sólo se desarrollan "soluciones" individuales, la óptica sistémica nos permite aceptar la visión de que los seres humanos somos un sistema de interacciones o comunicaciones que se retroalimentan mutuamente, aunque éstas puedan darse en el ámbito exclusivamente personal. De esto se deriva la posibilidad de implementar el modelo para problemas individuales o en las relaciones sociales, siempre considerando el anclaje en algún contexto, sea social o personal.

Un ejemplo de cómo las soluciones ensayadas pueden mantener un problema en quien lo sufre, lo veríamos en el caso de alguien que no se anima a hablar en público sin sonrojarse, a raíz de lo cual piensa que lo mejor sería evitar exponerse en reuniones sociales, lo que lo lleva a inventarse justificaciones diversas cada vez que recibe una invitación, y a medida que pasa el tiempo decide más evitaciones con justificaciones más elaboradas, hasta el posible punto de aislarse y deprimirse.

Cuando se trata de pacientes identificados (PI) niños o adolescentes, por sus posiciones de dependencia natural respecto a otros –especialmente adultos– es prácticamente imposible no pensar en interacciones sociales con las personas significativas, fundamentalmente del contexto familiar, escolar o de pares, que

se involucran en los significados e interacciones como integrantes del "sistema de mantenimiento de los problemas" (Casabianca, 2012).

Pero consideremos que los adultos también vivimos generalmente en situaciones de involucración social, lo que conlleva la cualidad de retroalimentar conductas de otros significativos que pueden percibir una situación como problema (a veces incluso aunque el PI no coincida con la percepción de conducta indeseable, como sucede a menudo con los adolescentes o los adictos), y sean otros quienes la signifiquen como problema e intenten ayudar a resolverlo.

Aún en los casos en que el problema pueda tener una implicación física o funcional (por ejemplo una conducta crónicamente cíclica, que hoy diagnosticaríamos como "trastorno bipolar"), es dable observar la cadena de retroalimentaciones mutuas entre PI y otros significativos: una esposa que percibiera que su marido cada tanto repite conductas de desorden económico que ponen en riesgo la estabilidad familiar, seguramente respondería a éstas con angustia, enojo, o algún intento de control crítico, a las que el esposo reaccionaría, y así sucesivamente, más allá de la coexistencia de una disfunción química.

2.2.3. Dónde reside el cambio o la solución de los problemas

Modificando los intentos fallidos de solución –por parte del paciente identificado y/o de los otros involucrados en la resolución– el problema pierde el anclaje que lo sostiene: un pequeño cambio significativo en el sistema de mantenimiento del problema puede poner en funcionamiento un circuito de retroacciones positivas que lo interrumpa, o bien que incluya una alternativa de acción diferente, evolucionando, en consecuencia, hacia una "verdadera" solución: conductas que alivien o lleven a la desaparición del problema presentado.

Es evidente que, basados en conceptos cibernéticos (Maruyama, 1963; Wender, 1968), sus propias investigaciones (Weakland et al., 1974), y también en la relevancia que le dan al valor de economía, los autores apoyan la idea de que *no es necesario modificar todo el funcionamiento del sistema* de relación significativo (familia, pareja u otros grupos). Como bien afirman: "el objetivo primordial de un terapeuta no tiene por qué consistir en solucionar todas las

dificultades, sino en iniciar un proceso de reversión (…); aun los problemas graves, complejos y crónicos se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva, mediante un tratamiento breve y limitado” (Fisch et al., 1984, pág. 37).

Con estas afirmaciones, este modelo se diferencia de otros de terapia familiar centrados en la re-estructuración amplia de los sistemas de interacción, a la vez que explican la brevedad del tratamiento que proponen, posiblemente el más breve en su concepción dentro del paradigma sistémico.

3. El proceso terapéutico y las técnicas para el cambio del modelo de terapia breve del mri

Este título se refiere a *cómo* generar cambios en las pautas que sostienen el problema, en coherencia con los supuestos teóricos. Como sucede en la mayoría de los modelos de psicoterapia, se definen *cinco pasos o momentos* importantes en el proceso terapéutico, que siguiendo la lógica del modelo, presentan la siguiente secuencia:

- Definición del problema
- Diagnóstico del circuito de mantenimiento del problema
- Implementación de intervenciones específicamente terapéuticas
- Evaluación y corrección del proceso terapéutico
- Cierre de la terapia

Difícilmente los consultantes traen de manera espontánea este recorrido, pero es importante a los fines terapéuticos que el terapeuta *lo posea mentalmente y sea consecuente con este desarrollo,* de manera de no incurrir en errores comunes como suele ser introducir modificaciones apresuradamente en el supuesto circuito que mantiene al problema, sin tener claro cuál es el problema –o “motivo de consulta”– a tratar.

Sin un motivo de consulta claramente consensuado entre terapeuta y consultantes, *no es factible hacer un diagnóstico interaccional pertinente*, imprescindible para no estimular o retroalimentar apuradamente soluciones que ya han sido ensayadas por los consultantes sin el efecto terapéutico deseado, *o soluciones que nada tienen que ver con el problema* que quieren resolver. Más aún, en el caso de contar con varios consultantes que presentan distintos problemas, sin construir un motivo de consulta consensuado, *se corre el riesgo de quedar en alianza con alguno de los consultantes,* al considerar el

propio y particular como si fuera el que necesita ser tratado por todos.

La evaluación y corrección del proceso quedan ubicadas antes del cierre de la terapia, con una observación: esto es así cuando evaluamos o corregimos el efecto de las intervenciones "específicamente terapéuticas", o sea, las planificadas concretamente con el fin de modificar el circuito de mantenimiento de los problemas. Pero no debemos olvidar que, desde la toma inicial de contacto con nuestros consultantes, los terapeutas estamos interviniendo permanentemente –consciente o inconscientemente– con gestos, actitudes, comentarios, que influyen en ellos para bien o para mal (siendo terapéuticos o iatrogénicos). A partir de esta aseveración, la evaluación de los efectos de las intervenciones *es un proceso continuo desde el inicio al fin del tratamiento.*

Con esto quiero significar que –con la mejor de las intenciones– los terapeutas podemos convertirnos en un eslabón más del circuito de mantenimiento de los problemas, en vez de ser verdaderamente terapéuticos. Sin un motivo de consulta bien construido, sin un diagnóstico del circuito de mantenimiento del mismo, sin inclusión de "verdaderas novedades o soluciones", y sin una evaluación y corrección permanentes del efecto de nuestras intervenciones en relación al motivo de consulta, muy probablemente terminemos fracasando.

Estos puntos mencionados se refieren a los *factores específicos* del modelo aquí descrito, que hoy sabemos que no son suficientes para el éxito terapéutico, pero sí imprescindibles[1]. Veamos más en detalle los *pasos* del proceso terapéutico:

3.1. Definición del problema

Definir el problema específico para aliviarlo en plazos breves, requiere necesariamente de una tarea de *focalización* en la/las conductas indeseables que el/los consultantes traen para solucionar en el aquí y ahora, y también de *convertirlo en conductas concretas*, lo más observables posibles, que permitan una evaluación de su transformación o no, a lo largo de la terapia. De hecho, cuando hay más de un consultante, esta focalización y concreción requieren de *consenso entre ellos y con el terapeuta* respecto a cuál es el problema para terapia, mencionado precedentemente.

El consenso con el terapeuta es necesario, básicamente, porque él es quien tendrá *la responsabilidad de dirigir el proceso* que terminará en la inclusión de soluciones. El terapeuta no es el absoluto responsable del cambio –cuyos ingredientes y potencial residen en los consultantes– pero sí lo es respecto a las acciones y reacciones que ayuden a disparar las potencialidades de los consultantes que puedan materializarse en alternativas novedosas, bloqueando los círculos viciosos.

Para que esto sea posible, el terapeuta necesita un motivo de consulta que pueda ser resuelto en el ámbito psicoterapéutico, y *maniobrabilidad* suficiente para operar en un sentido diferente al que vienen implementando los consultantes: ése es el juego interaccional de todo sistema terapéutico, que siempre implica un "con qué" y un "hacia allá vamos" de parte de quienes consultan, y un "cómo" lograrlo inspirado en el conocimiento experto del consultado.

Una importante disquisición a esta altura: *no es lo mismo percibir o significar una situación como problema, que ser consultante*. Ser un consultante requiere no sólo de construir una situación como problema indeseable, sino de tener *motivación y poder de influencia* para modificarlo.

En general coinciden estas tres conductas ("ver, querer y poder") en algún o algunos participantes: por ejemplo cuando los padres, autoridades naturales, quieren que un hijo modifique una conducta-problema para ellos, y están dispuestos y tienen recursos para poner en funcionamiento soluciones. Pero podría suceder que una abuela muy preocupada por alguna conducta del nieto, no tuviera cabida o habilitación en la familia para cambiar nada. Algo semejante sucede con la mujer que quiere que su marido deje de ser alcohólico, pero cree que sólo él puede modificar su "patología", mientras que éste no lo percibe como problema, o no está dispuesto a modificarlo.

De lo inmediatamente antedicho se deriva que cuando el terapeuta trabaja para la construcción de un motivo de consulta, necesita tener claro no sólo de qué se trata lo traído a terapia, sino *para quién o quiénes constituye un problema, y si tienen motivación suficiente y recursos* para afrontar su solución. De lo contrario, sólo nos encontraremos con gente que se queja fervorosamente, y queda de brazos cruzados esperando que el terapeuta haga

magia.

Retomando el proceso de construcción del motivo de consulta, a veces nos encontramos con tipos de problemas que no son conductas directamente observables, como angustia o depresión, por ejemplo. Si no resulta posible ponerlas en términos de cómo se manifiestan (lo cual las concretiza), se hace necesario darles alguna cualidad de mensurables: por ejemplo de 1 a 10 en qué punto se ubican. Esto permite al terapeuta, al PI y/o consultantes, tener algún índice "objetivo" de si disminuyen con el tratamiento, permanecen igual, o empeoran.

Como hemos explicitado con Hugo Hirsch (Casabianca & Hirsch, 2009), los pacientes identificados (PI) o los consultantes, no siempre traen situaciones claras, concretas, u observables para ser tratadas y evaluadas en su evolución: "El proceso que construye un foco implica necesariamente desechar información, pero a la vez se hace necesario considerar que el problema sea *relevante* (en relación a los afectos desagradables que genera), *pertinente* (es decir, que encaje con las visiones/cogniciones de quien consulta), que *respete la urgencia* (el riesgo, el tiempo o los plazos) y *de solución factible* (que encaje con las acciones o conductas posibles, tanto de los consultantes como del terapeuta)" (pág. 32).

Desde el momento de presentación del problema o de "queja inicial" de los consultantes, hasta su focalización y definición concreta, puede haber todo un proceso más o menos largo, dependiendo de las cualidades cognitivas de quien/es consulta/n, y también de las aproximaciones cognitivas y habilidades de los terapeutas para comprenderlos y simplificarlos de manera suficiente, como para no "dejar afuera" la molestia de los consultantes.

Un motivo de consulta así *co-construido*, es lo que luego le permitirá al terapeuta hacer un *diagnóstico interaccional* del mismo, vislumbrar *alternativas terapéuticas factibles*, y específicamente *evaluar a lo largo del proceso terapéutico* si sus intervenciones tienen como consecuencia caminar en el sentido del cambio deseado por ambas partes.

Veamos un ejemplo de co-construcción de un motivo de consulta:

Carina y Pablo son padres de Pedro, un adolescente de 17 años. Vienen solos a la consulta porque el PI se negó a asistir a pesar de la insistencia de ellos.

Padre: Estamos acá porque nuestro hijo mayor –tenemos otros dos de 15 y 12 años– es incontrolable. Ha roto puertas en la casa cuando se enoja, y también nos ha amenazado con pegarnos, sobre todo a la madre (sonríe).

Madre: A los hermanos los maltrata de una manera terrible, le tienen miedo, y nosotros también. En esta semana se ha ido a vivir con la abuela paterna, y nos ha dicho que le mandemos dinero porque no quiere vernos más, y se quedará con ella (se le llenan los ojos de lágrimas). Desde chico tiene mal carácter, pero ahora estamos muy preocupados porque es como un monstruo en la familia, y no sabemos qué hacer, si dejarlo allá u obligarlo a volver.

Terapeuta: Su sonrisa, ¿Pablo, tiene que ver con que Ud. le tiene miedo, o no le preocupa tanto el desbordamiento de su hijo?

Madre: Él siempre que se pone nervioso se ríe (refiriéndose al padre). Quizás Pedro entiende que le causa gracia al padre su conducta, pero la verdad es que nos ha sobrepasado en la autoridad y ya no podemos frenarlo. A mí me molesta mucho la actitud de mi marido, que le quiero aclarar, no tenía ganas de venir tampoco porque no cree en los psicólogos. Él es médico y sólo entiende de esas cosas que se ven.

Terapeuta: ¿En estos momentos les preocupa más las conductas de violencia de Pedro hacia Uds. y los hermanos, si traerlo de vuelta a la casa haciendo valer la autoridad, o cómo ponerse de acuerdo frente a las actitudes de descontrol de Pedro?

Padre: Creo que lo peor es no poder frenarlo en sus descontroles (serio). Yo creo que si no logramos esto, no podemos decirle que vuelva porque nos pone en riesgo a todos.

Madre: Sí, vivir con él con el riesgo de que nos golpee es como vivir en un infierno que puede explotar en cualquier momento.

Terapeuta: Entiendo entonces que como padres quieren lograr evitar que Pedro maltrate a Uds. y los hermanos, ¿es así? Digo esto, porque no estoy segura de que él se preste a venir a terapia.

Ambos padres: Sí, de acuerdo.

Es claro en el ejemplo, que la queja con que iniciaron la consulta podía referirse a varios problemas diferentes: el maltrato del hijo hacia sus padres y hermanos, la conducta inconsistente del padre sonriendo frente a esa situación,

el disgusto que le producía a la madre la actitud de su marido como un problema de pareja, la falta de autoridad y la consiguiente sensación de impotencia frente a la decisión del hijo de irse de la casa, la resistencia del padre a la terapia, etc.

El finalizar en el motivo de consulta de “cómo lograr evitar que Pedro maltrate a los padres y hermanos”, se co-construyó entre lo que los padres percibían como molestia seria, y las intervenciones del terapeuta para focalizar en algún aspecto de lo expuesto, lo suficientemente indeseable como para moverlos a cambiar, también lo suficientemente concreto como para ser diagnosticado en las soluciones fallidas intentadas durante un largo tiempo, y previendo la posibilidad de incluir acciones diferentes a las que vienen poniendo en práctica.

Posiblemente se hubiera podido co-construir cualquiera de los otros problemas mencionados, siempre y cuando los padres lo hubieran aceptado como lo que quieren solucionar en terapia, y el terapeuta hubiera tenido la posibilidad de diagnosticar las soluciones intentadas, avizorando algún pequeño cambio posible y evaluable.

Hay situaciones más o menos *difíciles* para construir un motivo de consulta focal y concreto. Entre las menos fáciles están:

1. Cuando los consultantes presentan un *estilo de percepción de las realidades vago o ambiguo* (Ej.: “todo lo que estoy viviendo me angustia”). Se hace entonces necesario ayudar al consultante a poner en conductas específicas y concretas su malestar: “veamos qué lo angustia; deme ejemplos de las situaciones que lo ponen mal; cuando se siente mal, ¿a qué situación se refiere concretamente?”.
2. Cuando *no se logra consenso entre los consultantes* respecto a cuál es el problema (típicamente en los conflictos de pareja donde, por ejemplo, el hombre piensa que el problema es que ella lo critica permanentemente, y ella cree que el problema es que él no la atiende suficientemente). Acá se hace necesario encontrar una clase de conducta que abarque o relacione ambas posiciones: “el problema parece ser que no encuentran formas de disfrutar juntos”.
3. Cuando traen *muchos problemas diversos* (por ej. que el hijo no estudia,

tampoco tiene amigos, no respeta los horarios de salidas que proponen los padres, no colabora en cuestiones de la casa, etc.). En estos casos es necesario ayudarlos a priorizar por la intensidad o el riesgo de los diversos problemas: “cuál perciben que es el tema más urgente”, o “si se resolviera primero, qué los haría sentir más aliviados”.

4. Cuando traen a consulta *problemas que no son del contexto de la psicoterapia* (por ej. que el trabajo está mal retribuido, o una mujer quiere que el ex–marido le respete la cuota alimentaria). En estos casos se hace necesario ver la posibilidad de construir un problema psicológico: “¿si Ud. modificara su actitud frente al salario se sentiría más satisfecho?”, o “¿Ud. cree que podría hacer algo diferente con su ex–marido para conseguir el dinero?”. Si esto no resulta posible, es necesario derivar la búsqueda a otro tipo de soluciones no psicoterapéuticas (un abogado, una agencia de empleo, etc.).

También es cierto que en algunos casos los PI y/o consultantes, vienen “hechos a medida” para este modelo. Ejemplos de esta clase encontramos en los padres que quieren que su hijo deje de orinarse de noche en la cama, o cuando una pareja plantea que no pueden negociar respecto al tiempo que compartirán con cada familia de origen los fines de semana.

El énfasis puesto en la construcción del motivo de consulta (o problema para la terapia) tiene que ver con que la experiencia recogida como terapeutas, docentes y supervisores, nos ha llevado a la conclusión de que gran parte de los fracasos en terapia para resolver problemas se asienta en que éstos no están claramente definidos o no contemplan las posibilidades terapéuticas de consultantes y terapeutas, lo que deriva en acciones erráticas por parte de los terapeutas, e insatisfacción de parte de los primeros.

3.2. Diagnóstico del circuito de mantenimiento del problema

Una vez establecido entre consultantes y terapeuta cuál será el motivo de consulta a tratar, éste necesita realizar un diagnóstico de *qué visiones o creencias* respecto al problema, y *qué acciones* derivadas de ellas, están retroalimentando el círculo vicioso de mantenimiento.

Este paso del proceso se refiere a que el terapeuta necesita conocer cuál es el problema con el que se enfrenta para resolver en la terapia, o lo que hemos expresado con Hugo Hirsch, cuál es el “verdadero problema para el

terapeuta": aquello que es disfuncional en el sistema consultante y necesita ser modificado. Esta tarea implica el requerimiento de información específica respecto a por qué creen que el problema está presente (o cómo perciben el problema), y qué han hecho concretamente quienes intentaron solucionarlo: PI y/u otros.

El hecho de solicitar esta información, *pone en contexto al problema* en varios sentidos. Por un lado, ayuda al PI individual y/o a los otros relacionados a expandir la mirada hacia la significación lógica en la que encuadran al motivo de consulta (sostén cognitivo), a la vez que los lleva a percibir que se han hecho intentos bienintencionados de solucionarlo tanto en el ámbito personal del PI como en las interacciones con los cercanos (sostén sistémico individual o social reactivo). Adicionalmente ayuda a consultantes y terapeutas a percibir que el problema no es un "mal general" de una persona o un sistema de relaciones, sino que es una conducta molesta específica y recortada, que tiene un cuándo, dónde, con quién/es, y cómo tener lugar.

Obtener un diagnóstico relacional o contextual del problema desde este modelo es relativamente fácil de realizar y posee un alto índice de confiabilidad corroborado (Casabianca, 2012). Seguramente una explicación de esto es que se averiguan y describen conductas puntuales y "objetivas", relativamente inocuas: qué piensan del problema, las circunstancias en las que aparece, y qué hicieron para solucionarlo. No hay inducción por parte del terapeuta a investigar causas, ni consiguientes "culpas".

A pesar de lo expresado, hay casos en los que investigar el circuito de mantenimiento del problema resulta un tanto complejo. Esto sucede fundamentalmente con problemas de larga data (con muchas y variadas soluciones intentadas), y también cuando hay interacciones múltiples en relación a la solución del problema (varios miembros de la familia nuclear, de la familia extensa o de nuevas familias ensambladas, otros profesionales o personas no familiares influyentes que intervienen, información asimilada de los medios acerca del problema, etc.).

Asimismo, es muy importante considerar cuidadosamente si alguna o algunas de las soluciones intentadas resultó ser exitosa, y si fue abandonada, por qué. De hecho, si la solución que alivió el problema se sostuvo

consistentemente, no vendrán a terapia, a menos que se la haya puesto en *stand-by* hasta tener la anuencia del terapeuta.

Pero en muchos casos lo que resultó ser exitoso no ha podido mantenerse por alguna razón de peso, en cuyo caso pasa a la categoría de "solución fallida", por el simple hecho de no ser sustentable para los consultantes. Por ejemplo, una conducta de castigo o restricción frente a un adolescente descontrolado, podría llevar a un cambio positivo en su hábito de no respetar reglas, pero si esto va en contra del estilo de carácter del progenitor responsable, no podrá ser sostenida en el tiempo.

Con un panorama claro de las soluciones intentadas fallidas, el terapeuta queda en condiciones de realizar un diagnóstico contextual/interaccional referido al motivo de consulta.

Retornemos al caso del adolescente descontrolado:

Terapeuta: Supongo que en este relativamente largo camino que recorrieron con el descontrol de Pedro a cuestas, Uds. habrán tratado de corregirlo más de una vez.

Madre: Yo he estado a cargo de los hijos, muy angustiada. Pablo está siempre trabajando… yo soy la responsable. He llorado mucho cuando ataca a los hermanos, especialmente al que le sigue, Fernando. Al más pequeño creo que le tiene lástima y lo deja más tranquilo. De todos modos muchas veces tuve que intervenir, poniéndome entre Pedro y Fernando, y ahí es cuando ha amenazado con pegarme.

Terapeuta: ¿Alguna vez le pegó?

Madre: No, pero parece un loco con los ojos desorbitados. Él (refiriéndose al padre) nunca me defendió (lágrimas en los ojos).

Padre: A mí también me ha amenazado pero yo lo desafié a que me pegue una vez y no se animó. Yo creo que ella se muestra débil y es peor. Además yo no estoy nunca, y cuando estoy trato de llevarme bien con él y los otros… ahora dice que va a estudiar Medicina, como yo. Cuando era pequeño le hicimos un electroencefalograma a pedido de la escuela, y dio todo bien.

Terapeuta: Y los hermanos, ¿se defienden?

Madre: No, me buscan a mí. Le tienen miedo porque es grandote. Juega al baloncesto muy bien, y el entrenador dice que tiene muy buena relación con el

equipo, aunque a veces "se calienta" y grita, pero nunca pegó a nadie.

Terapeuta: ¿Y la abuela ha intervenido?

Padre: Para mi mamá siempre fue su nieto preferido, es el mayor. Por eso ahora se fue allá; ella siempre cedió a sus caprichos: desayuno en la cama, comidas especiales. De todos modos ahora nos habló cuando se apareció en su casa, y nos preguntó si queríamos que lo mandara de vuelta. Todavía no le contestamos.

Terapeuta: ¿Intentaron algo más para frenarlo?

Padre: Hace unos seis meses que le pegó al hermano porque quería la computadora que estaba usando, para jugar él; le prohibí ir a un torneo de baloncesto ese fin de semana, y ahí fue cuando de la rabia rompió una puerta… finalmente fue al viaje porque nos prometió que no volvería a molestar a los hermanos. Pero volvió a hacerlo (sonríe).

Madre: Sí, al final él siempre logra lo que quiere y no cumple con sus promesas.

Terapeuta: ¿Qué creen Uds. que le pasa a Pedro? ¿Con qué creen que tiene que ver este descontrol?

Padre: Yo no entiendo. Posiblemente está celoso de sus hermanos. Siempre comparó lo que le dábamos a uno y a otro, desde chico.

Madre: Yo creo que nunca vio que el padre me defendiera, y fui perdiendo autoridad. Además (solloza), a esta altura no sé si nos quiere.

Haciendo una revisión de las soluciones intentadas, se percibe que a pesar de los años transcurridos desde que apareció el problema, básicamente intentaron conductas de clases semejantes: la madre intentar defender a los otros hijos y esperar que el padre la defienda a ella, los hermanos buscar refugio en la madre, y el padre no tomando conductas activas de control, con un lenguaje contradictorio de enojo y complacencia, volviéndose atrás en sus castigos, y criticando a la madre. Cuando se puso firme logró que Pedro depusiera su actitud amenazante, pero no lo mantuvo.

Asimismo, es también claro que la interpretación que le están dando al problema se relaciona con determinadas adjudicaciones de significado desde los padres: celos (en el padre), y pérdida de la autoridad, con posible falta de cariño, para la madre. Este circuito diagnosticado como disfuncional es el

"blanco" hacia el que el terapeuta necesita dirigir las consecuentes intervenciones estrictamente terapéuticas, contando hasta acá con los padres como consultantes.

3.3. Implementación de intervenciones específicamente terapéuticas

Cuando el terapeuta ya tiene construido el motivo de consulta para la terapia y el diagnóstico del circuito de mantenimiento (en el caso descrito, claramente interaccional), necesita accionar en el sentido de su *modificación* para actuar terapéuticamente. *El cambio específico en el circuito disfuncional se convierte en el objetivo del terapeuta, mientras que el alivio del problema es el objetivo de la terapia.*

Hay *dos caminos generales* para modificar el circuito de mantenimiento del problema: *bloquearlo*, y/u *ofrecer conductas alternativas* para su manejo –de clase diferente a las intentadas y factibles de ser implementadas– de manera que se conviertan en verdaderas soluciones.

Si pensamos que las conductas con que se intentaron resolver las dificultades primarias se relacionan con opiniones o creencias de que esas situaciones requerían de ese tipo de soluciones intentadas, se desprende por lógica que es necesario introducir una *novedad en la visión o interpretación* que se ha hecho del problema, con el fin de facilitar la introducción de *acciones diferentes*, sean éstas individuales o interaccionales.

En algunos pocos casos se hace posible simplemente modificar las acciones con que afrontan el problema, esperando que –a consecuencia del cambio obtenido– el PI o los otros consultantes modifiquen su modo de interpretar el problema. Esta posibilidad aparece con consultantes que le otorgan al terapeuta una confianza ciega y lo siguen, aun en contra de sus propias creencias, y también cuando están absolutamente focalizados en qué hacer frente al problema, no otorgando relevancia al anclaje cognitivo.

3.3.1. Tipos de intervenciones

Fisch, Weakland y Segal (1984) recalcan la necesidad de planificar cuidadosamente las intervenciones, clasificándolas en *principales* y *generales*.

Las principales –que requieren de un motivo de consulta consensuado y un diagnóstico claro, según lo antedicho– se dirigen a modificar específicamente el circuito de mantenimiento, revirtiendo lo que estos autores encontraron

como intentos básicos de solución en la práctica clínica. Los más frecuentes, en su experiencia, fueron: forzar algo que sólo puede ocurrir de un modo espontáneo; intentar dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante una oposición; intentar conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas de un acusador mediante la autodefensa.

Las *generales* son preparatorias y facilitadoras de las principales, y pueden implementarse en cualquier momento que se perciba como oportuno. Los autores mencionan: el no apresurarse a cambiar, mostrar los peligros de una mejoría, realizar un cambio en la dirección de lo que el terapeuta viene proponiendo y no funciona.

Como técnicas privilegiadas por el Modelo MRI de re-estructuración cognitiva, encontramos la ***re-formulación y el re-encuadre***. La primera, colocando a la conducta problema en una clase lógica diferente ("más que desobediencia esto se trata de una manipulación"); la segunda, refiriéndola específicamente a otro marco de referencia (por ejemplo: los hombres, la adolescencia, la nueva cultura posmoderna, etc.). Clarificando con un ejemplo, si una mujer considera a su marido "miserable" porque no le permite la administración de los gastos comunes, un terapeuta puede re-encuadrar esta conducta como: "los hombres acostumbran a ejercer la responsabilidad o cuidado por el presupuesto familiar". Ambas alteran la interpretación otorgada primariamente por los consultantes, prácticamente las implementan todos los modelos de psicoterapia, y han sido ampliamente fundamentadas y descritas por Watzlawick en "Cambio. Formación y solución de los problemas humanos" (1980).

La experiencia acumulada a lo largo de muchos años nos ha enseñado que es necesario considerar algunas *cualidades* en las re-formulaciones/re-encuadres para que el nuevo significado sea aceptado, y también re-estructurante: necesitan *encajar con la experiencia* de los consultantes (serles verosímil), *respetar sus filosofías de vida y valores* (para lo cual es necesario registrarlos con anticipación), *resonarles afectivamente* (emocionarlos) e implicar realmente una *novedad coherente con el sentido del cambio deseado* (si espero como terapeuta que ambos padres del adolescente se pongan firmes frente a

sus intentos de descalificar la autoridad, no puedo pensar en re-definirlo como "pobrecito" o "necesitado de afecto y protección", salvo que pueda construir en el lenguaje alguna relación lógica entre estos significados y la conducta deseada de firmeza).

El segundo tipo de intervenciones que privilegia este modelo refiere a ***sugerencias*** de conductas alternativas a las disfuncionales. Estas sugerencias, por implicar el uso de un lenguaje potencial y una actitud no imperativa por parte del terapeuta, siempre dejan a los consultantes la posibilidad de aceptarlas o no, sin desobedecer al terapeuta. Muchas veces los consultantes las reemplazan por alguna otra conducta análoga, diferente, pero de la misma clase de la sugerida por el terapeuta. Por ejemplo:

Terapeuta: Se me ocurre que podría ser útil, Carlos, que le diera a su mujer algún mensaje que pudiera ser interpretado por ella como una clara necesidad suya de tener algo especial con ella, un momento de encuentro que no fuera de los acostumbrados cotidianos: una cena en algún restaurante acogedor o una escapada corta a un spa, no sé…algo diferente pero íntimo, de Uds. dos.

Carlos: Sí, pienso en que si la invito a mi próximo viaje de trabajo, y le propongo quedarnos dos días después en la maravillosa ciudad de Buenos Aires, sería una buena idea. Le encanta el teatro y allí tenemos para elegir.

Este ejemplo muestra el tipo de lenguaje proposicional utilizado en las sugerencias por el terapeuta, como asimismo la propuesta del consultante no coincidente estrictamente con lo sugerido, pero que sigue la dirección buscada por aquél.

El tercer tipo de intervenciones para modificar el patrón de conductas disfuncionales se refiere a las ***prescripciones***, sean *directas* (para ser obedecidas) o *paradojales* (para ser desobedecidas). Como su nombre indica, están enunciadas en lenguaje prescriptivo, como recetas a seguir u oponerse (en el caso de las paradojas), y pueden adoptar la forma de una acción simple, una tarea específica, o un ritual más elaborado.

*Un ejemplo de **prescripción simple**, en el mencionado caso de Pedro –el adolescente descontrolado– sería expresarles a los padres: "con un hijo tan fuerte y auto-determinado, no veo otra opción más que unirse con firmeza entre*

Uds., sentarse en el mismo banco, para darle un claro mensaje de que no tolerarán otra amenaza de su parte ni contra Uds. ni contra los hermanos, sin una consecuencia dolorosa. De lo contrario, este hijo seguirá "bailando" sobre la cabeza de ambos, sin darse cuenta por la inmadurez propia de su edad, de que se está arruinando el futuro".

Un ***ritual*** *podría relacionar varias conductas de los padres, los hermanos y la abuela, antes de forzarlo a volver a su casa. En esa oportunidad cada miembro de la familia podría decirle que lo quieren mucho, que admiran su capacidad de luchar por sus objetivos, y le transmitirían –con palabras propias de cada uno– su necesidad de que no quedara desmembrado de la familia. A continuación cada uno debería expresarle un deseo intenso de que rescate la fortaleza y valores escondidos detrás de la falsa apariencia de "loco descontrolado", que ya nadie cree. Recién entonces, padre y madre le darían el mensaje propuesto para la prescripción simple antes mencionada.*

Las ***prescripciones paradojales***, son implementadas básicamente cuando el terapeuta percibe una marcada "resistencia" por parte de los consultantes a seguir sus directivas o la dirección necesaria para el cambio. En este sentido es que se espera que las desobedezcan, como manera de cooperar con dicha dirección. Generalmente ponen énfasis en las desventajas del cambio, como una prescripción del "no cambio", explicando detalladamente por qué no conviene, a la vez que se da un mensaje de beneficio del cambio en otro nivel. Requieren de un estilo de comunicación no agresivo (ni sarcástico, ni burlón), y de la evaluación de que no exista riesgo para el PI ni los otros significativos, en caso de tomarse "al pie de la letra" (por ejemplo no conviene en intentos de suicidio, a menos que el terapeuta estuviera muy seguro de que se trata sólo de conductas amenazantes de manipulación).

Una prescripción paradojal posible a los padres de Pedro (el adolescente), podría consistir en indicar al padre no modificar la actitud de "doble mensaje", con la ventaja de seguir manteniendo un vínculo ambiguo con el hijo, aunque esta forma de comunicación posiblemente modele al hijo, impidiéndole aprender a enfrentar conflictos en la vida y solucionarlos. A la madre, se le podría indicar que mantuviera una imagen de mujer débil, de manera de facilitarle a Pedro la búsqueda de una pareja con tendencia a

someterse, ya que probablemente encontrará en su camino a alguien de esa clase, aunque la relación pudiera terminar en los Tribunales por violencia. De todos modos, ella se ahorraría el esfuerzo de mostrarse firme, dispuesta a tolerar el enojo circunstancial de Pedro.

En los últimos años –probablemente por influencia de las terapias narrativas– Richard Fisch (2004) introdujo ***las preguntas*** como intervenciones terapéuticas, también posibles de ser implementadas para modificar el circuito de mantenimiento del motivo de consulta. Estas preguntas pueden adquirir la forma de *interrogaciones directas*: "¿Cómo consigue Ud. Pablo estar enojado, y a la vez mostrarse sonriente frente a los descontroles de Pedro?"; o *reflexivas*: "Me pregunto, ¿qué hará sentirse a Pedro autorizado a descalificar la autoridad materna?"; o *circulares*: "¿Cómo creen que Pedro percibe a sus hermanos y a sí mismo, cuando la madre debe interponerse entre él y ellos cuando se descontrola?".

Como mencioné precedentemente, los terapeutas incluimos a lo largo del proceso terapéutico otras intervenciones que no están planificadas estrictamente para la ruptura del circuito de mantenimiento del motivo de consulta, pero que también son "terapéuticas" en el sentido de facilitar una actitud hacia el cambio por parte de los consultantes. A esta clase pertenecen las conductas de establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica desde el principio hasta el final del vínculo, y todas aquellas –verbales o no verbales– que abren pequeñas "ventanas de novedad" en las visiones o interacciones disfuncionales.

Por ejemplo, si a los padres de Pedro se les dijera bastante rápidamente "¡qué hijo fuerte que tienen!", o "¡lo que debe estar sufriendo este chico sintiéndose el demonio de la familia!", seguramente de manera temprana podrían comenzar a percibir cuán necesario es ayudarlo a controlarse, y/o los recursos que posee para cambiar.

3.3.2. El proceso terapéutico según el principio de economía

No siempre se implementan todos los tipos de intervenciones estrictamente terapéuticas. Es bueno recordar que *el principio de economía* de este modelo sugiere el mínimo cambio posible para el máximo beneficio. Las *consecuencias* más obvias de este principio, desde el punto de vista técnico,

son las siguientes:

1) Intentar romper el circuito por quienes están más motivados a introducir un cambio en el circuito, y con poder para realizarlo. Seleccionando el eslabón con estas cualidades, resulta más fácil y efectivo trabajar para cambiar la situación-problema. Esto nos permitió con Hirsch distinguir el "subsistema de impacto" (sobre el que actuar terapéuticamente), del "subsistema-problema" que involucra a todos los que significan la situación doliente e intentan resolverla sin éxito.

2) *Seleccionar de entre las intervenciones terapéuticas aquellas que más encajen con el estilo cognitivo, emocional, y de reacción de los consultantes.* En cualquier caso, la/s que el terapeuta elija, necesitan ser percibidas como interpretaciones aceptables por parte de los consultantes (encaje cognitivo), les tienen que "gustar o entusiasmar" (encaje afectivo), y las nuevas acciones propuestas verse como posibles de ser llevadas a la práctica, aún cuando pudieran implicar esfuerzo (encaje reactivo).

3) Pactar con los consultantes una meta mínima, como pequeño cambio significativo para ellos. Si éste se logra, es posible que comience un círculo beneficioso que reverbere en mayores cambios, a la vez que se construye un "índice de referencia" claro para que el terapeuta evalúe si el proceso está yendo en la dirección de su objetivo (revertir las soluciones fallidas) y de la terapia (aliviar el motivo de consulta).

Esta meta mínima se refiere a *algún aspecto parcial del motivo de consulta, o un logro acotado, pero que los consultantes perciban como un cambio significativo.* Por ejemplo, que un niño que se orina casi todos los días, deje de orinarse tres o cuatro veces en la semana, podría ser considerado como meta mínima a lograr, siempre y cuando los padres estén de acuerdo en que eso significa una mejoría. Otro ejemplo: si un paciente puntúa su angustia frente a los exámenes en 8 al comienzo de la terapia, necesita acordar con que puntuarla en 5 ó 6 sería un logro significativo, aunque quizás no todavía completo.

Lograr la meta mínima es un buen "síntoma" para que terapeuta y consultantes se sientan satisfechos con el rumbo que tomó la terapia, y el terapeuta confirme que va en la dirección correcta de modificación del

circuito de mantenimiento del problema. Luego se evaluará si ese logro es suficiente o no para los consultantes, pudiéndose recontratar nuevas metas progresivas y sucesivas.

Con una meta mínima co-construida (derivada de un motivo de consulta focal y concreto), un diagnóstico contextual/interaccional pertinente al circuito de mantenimiento, e intervenciones terapéuticas específicas implementadas, nos resta caminar conjuntamente con los consultantes hacia la evaluación de los efectos de éstas respecto al logro de la meta.

3.4. Evaluación y corrección del proceso terapéutico

Resulta indispensable, desde este modelo, un proceso terapéutico que focalice la mirada en observar cómo los consultantes van reaccionando a las sucesivas intervenciones del terapeuta, y cuál es el impacto de las mismas sobre el estado de la meta mínima consensuada, y consiguientemente, en la satisfacción o insatisfacción de quienes solicitan la terapia.

Dado que se trata de un modelo estratégico y breve, se hace adecuado comenzar las sesiones subsiguientes a la instrumentación de intervenciones específicamente terapéuticas, focalizándose en: "¿cómo están las cosas respecto a…?" (meta mínima pactada). De hecho esto no significa impedirles comentar espontáneamente cuestiones lindantes con el motivo de consulta (recordemos que la meta es un aspecto parcial del mismo), o comentarios referidos a cómo se sintieron en el lapso entre sesión y sesión, pero evitando "engancharse" con otros temas que puedan desfocalizar la mirada del terapeuta de su objetivo: evaluar el impacto de las intervenciones realizadas con el fin de modificar el circuito de mantenimiento del problema para aliviarlo.

Los terapeutas podemos enfrentar en estos momentos del proceso distintas alternativas:

1) *Que hayan seguido la dirección propuesta por el terapeuta, porque aceptaron las re-definiciones, o sugerencias, o cualquier otra intervención implementada.*

Si esto sucedió: ¿se logró la meta mínima propuesta, o al menos hay un índice de que van en camino de lograrla? En el ejemplo de la enuresis, quizás el niño no dejó de orinarse durante tres o cuatro días, pero disminuyó en un día respecto al síntoma habitual.

Un pequeñísimo cambio positivo, ya nos da idea de que nuestro diagnóstico ha sido acertado respecto al circuito de mantenimiento, y también de que los consultantes están permeables a la influencia terapéutica. No olvidemos que no todos son igualmente flexibles o “rápidos” para introducir conductas nuevas.

Frente a esta situación de cambio, sólo nos queda mantener la dirección implementada. En el ejemplo recientemente mencionado, podría ser que continúen dejando al niño “explotador” a cargo de sus sábanas mojadas, sin que nadie se levante de noche a cambiarlo. Quizás los padres necesiten alguna explicación adicional o un estímulo para ser más coherentes en sus nuevas interacciones, pero cuidando el terapeuta de no modificar la dirección iniciada, que comenzó a ser efectiva.

Si no hubo un cambio positivo, a pesar de la “obediencia” de los consultantes, el terapeuta necesita reconsiderar su diagnóstico y/o sus intervenciones. O el diagnóstico no se refiere al circuito de mantenimiento del motivo de consulta (a veces pasa que el terapeuta intenta modificar interacciones que a él le parecen disfuncionales “per se”, y nada tienen que ver con el mantenimiento del motivo de consulta), o las intervenciones no tienen la cualidad de re-estructurantes del circuito (son de la clase “más de lo mismo”).

2) *Que hayan rechazado la dirección propuesta por el terapeuta, no asimilando sus intervenciones terapéuticas*. En este caso, es necesario revisar los motivos del rechazo:

Podría ser que la meta mínima haya sido aceptada sólo aparentemente, y por lo tanto se necesite volver a negociar, o incluso que quieran modificar el motivo de consulta. Si se trata de esto último, se hace necesario evaluar cuidadosamente si realmente traen un nuevo motivo de consulta. Suele suceder que sea necesario pactar un nuevo motivo de consulta tanto cuando el malestar refiere a temas “íntimos” (que solamente después de un vínculo de confianza establecido se animan a plantear), como también a sucesos acaecidos entre sesión y sesión que son más preocupantes que el establecido previamente.

Pero en algunos casos, el planteamiento del cambio es una estrategia de desfocalización o “escape” frente a un problema específico y el esfuerzo de solucionarlo, o simplemente puede tratarse de consultantes que tienen mucha dificultad para mantenerse centrados en un foco, y saltan de “problema en

problema” sin darse la oportunidad de resolver ninguno. Si nos encontramos con la situación de que surge un nuevo problema valedero, seguramente habrá que co-construir un nuevo motivo de consulta, su respectivo diagnóstico contextual, e intervenciones pertinentes. En los otros casos, es importante que el terapeuta ayude a mantener el foco con alguna flexibilidad, de modo que haga aceptable para los consultantes tratar el ya consensuado.

Podría suceder que *las intervenciones del terapeuta no hayan resultado asimilables*, ya sea porque su contenido no encajó con sus posiciones o cultura, o porque las nuevas acciones propuestas no encajan en el repertorio posible o deseable de los consultantes. En cualquiera de estas situaciones, habrá que modificar *lo que se dice*, o *cómo se dice*, para hacer posible que los consultantes puedan asimilar y poner en acto la intervención del terapeuta.

En el ejemplo mencionado precedentemente de la mujer con un marido “miserable”, podría pasar que sus convicciones feministas le impidieran aceptar la re-definición de “los hombres acostumbran a ejercer la responsabilidad o el cuidado por el presupuesto familiar”, pero le resultara aceptable que “todavía se necesita que la cultura se transforme en mayor grado para que siendo hombre pueda darse cuenta de que las mujeres también son buenas administradoras”.

En todos los casos, el terapeuta necesita confirmar o corregir sus intervenciones específicas o generales en relación al feedback de los consultantes, y el logro del objetivo terapéutico. Esto se hace concretamente, observándolos y observándose, escuchando activamente y escuchándose a sí mismo de forma permanente, desde el inicio hasta el fin de la relación terapéutica.

A este respecto, me parece estupenda la formulación de Celia Elzufan (1989) de considerar al terapeuta “como un junco”, como alguien en quien se requiere de una gran dosis de flexibilidad para acomodarse y re-acomodarse a los distintos tipos de consultantes y problemas. De la misma manera, considero sumamente relevantes los aportes de Donald Schön (1992), cuando sostiene que un profesional necesita implementar el pensamiento reflexivo “en la acción” y “sobre la acción” –amén de su conocimiento teórico y técnico– cuando trabaja para resolver un problema de su área de competencia.

Como expuse al inicio del capítulo, la propuesta de los creadores del modelo fue considerar para los tratamientos un máximo de 10 sesiones de una hora, distribuidas una vez por semana. La experiencia clínica confirma en general esta sugerencia, como asimismo muestra que con algunos problemas y/o consultantes flexibles y activos, pueden implementarse exitosamente un menor número de sesiones. También es factible decidir *otro plazo* entre sesión y sesión (por ejemplo, un intervalo de 15 días o más, con el fin de otorgar tiempo al aprendizaje y práctica de nuevas conductas asimiladas), u *otra frecuencia* (por ejemplo, más de una sesión semanal, en casos de presencia de montos importantes de ansiedad, o riesgo, para el PI u otros relacionados).

3.5. Cierre del tratamiento

En una terapia breve y focalizada en la resolución de un problema específico, la terminación del tratamiento no es un tema demasiado relevante: “no se da la sensación de que el paciente se separe desgarradoramente del tratamiento, o quede navegando al garete obligado a valerse por sí mismo” (Fisch, Weakland y Segal, 1984, pág. 197).

Es esperable que el problema se solucione o alivie *en la percepción del consultante*, y por lo tanto se haya logrado el objetivo terapéutico. También puede suceder que solamente con el logro de la meta mínima, queden satisfechos. Cuando así se dan los hechos, generalmente *consultante y terapeuta acuerdan* que ha llegado la hora de terminar, dejando el terapeuta abierta la posibilidad de otro/s encuentro/s como sesiones que quedan “reservadas en un banco”.

Pero en algunos casos los pacientes pueden retirarse del tratamiento no satisfechos, *comunicando o no* al terapeuta que no regresarán. En caso de que planteen su disconformidad, no es conveniente que éste defienda su posición, sino que acuerde con los consultantes en que se hizo todo lo posible por ambas partes, sin los resultados esperados. Tampoco conviene que dé el nombre de otro terapeuta, dado que la experiencia negativa vivida podría contaminar la próxima relación terapéutica.

La interrupción de la terapia por parte de los consultantes sin anuncio, no siempre significa fracaso del tratamiento. Esto puede evaluarse algunos meses después, con el buen hábito de un seguimiento post-terapia. No olvidemos que

un formato breve de terapia – y centrado en un mínimo cambio, esperando que el sistema aprenda y reverbere en nuevas conductas funcionales– facilita una actitud proactiva de los consultantes. En muchos casos sucede que los consultantes continúan por sí mismos en circuitos beneficiosos, sin conocimiento por parte del terapeuta.

También éste puede decidir unilateralmente el cierre de la terapia, porque considera la estrategia de "mejor dejarlos solos" (esperando que alguna intervención tenga mayor efecto, con tiempo de procesamiento), o porque en su experiencia puede prever que si ya no se dio algún cambio significativo, difícilmente pueda lograrse algo mejor. En la última década, numerosas investigaciones sobre efectividad en psicoterapia en general, muestran que el éxito en las terapias correlaciona con sensación de cambio en los estadios iniciales del tratamiento (Lambert, 2002; Miller et al., 2004).

4. Lecturas recomendadas

Me parece importante –y más aun, inevitable– acceder a la lectura de *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas* (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981), *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1980), y de *La táctica del cambio* (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Estas obras asientan y desarrollan las bases epistemológicas, teóricas y técnicas del Modelo del MRI de Palo Alto.

La lectura del más reciente libro *Cómo equivocarse menos en terapia* (Casabianca y Hirsch, 2009), permitirá acceder a fichas de registro del proceso terapéutico desde el inicio al fin –incluyendo la evaluación post-terapia– y también al tema de cómo construir "buenos problemas para terapia", que se halla escasamente desarrollado en otros textos de terapia focalizada en resolución de problemas.

Bibliografía

CASABIANCA, R. y HIRSCH, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI*. 3ª ed. (ampliada y corregida). Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

CASABIANCA, R. (2012). *Los miedos, fobias y ansiedades infantiles desde una perspectiva sistémica.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.

ELZUFAN, C. (1989). *El terapeuta como junco.* Buenos Aires: Nadir Ed.

FEIXAS, G. (2000). *El modelo sistémico en terapia familiar*. Barcelona: CD Producción Psimedia, Recursos multimedia en Psicología.

FISCH, R. (2004). "So what have you done later? MRI Brief Therapy". *Journal of Systemic Therapies*, 23 (4), 4-10.

FISCH, R., WEAKLAND, J. & SEGAL, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

HIRSCH, H. y ROSARIOS, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.

KELMANOWICS, V. (2011). "El modelo sistémico de la terapia". En FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (Comp.). *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*, pág. 165-190. Buenos Aires: Polemos.

KOPEC, D. y RABINOVICH, J. (Comp.) (2007). *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Ed. Dunken.

LAMBERT, M. (2002). "Improving psychotherapy outcomes for poorly reporting clients via measuring, monitoring and feed-back". *Presentación a la Primera Conferencia Bi-anual: Heart and Soul of Change*. Toronto. Canadá.

MARUYAMA, M. (1963). "The Second Cybernetics Deviation-Amplifying Mutual Causative Processes". *American Scientist*, 51, 164-179.

MILLER, S., DUNCAN, B. y HUBBLE, M. (2004). "Beyond Integration: The Triumph of Outcome over Process in Clinical Practice". *Psychotherapy in Australia*, 10 (2), 1-19.

NARDONE, G. y WATZLAWICK, P. (1990). *El arte del cambio. Manual de Terapia Estratégica e Hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.

SCHÖN, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.

SLUZKI, C. (1993). "El contexto de gestación de 'Teoría de la Comunicación Humana': Una reminiscencia personal". *Cuadernos de Terapia Familiar*, 23-24, pág. 19-26.

SPRENCKLE, D., DAVIS, S. y LEBOW, J. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy. The Overlooked Foundation for Effective Practice*.

Nueva York: The Guilford Press.
WATZLAWICK, P. (1980). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder.
WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
WATZLAWICK, R., WEAKLAND, J. y FISCH, R. (1980). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. 2ª Ed. Barcelona: Herder.
WEAKLAND, J., FISCH, R., WATZLAWICK, P. y BODIN, A. (1974). “Brief Therapy: Focused Problem Resolution”. *Family Process*, 13 (2), 141-168.
WENDER, P.H. (1968). “Vicious and Virtuous Circles: The Role of Deviation-Amplifying Feedback in the Origin and Perpetuation of Behavior”. *Psychiatry*: *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 31 (4), 309-324.

1 . Considérense adicionalmente los factores “no-específicos” y los “factores comunes” a cualquier terapia exitosa

12

Terapia breve centrada en soluciones

Mark Beyebach

Índice de contenidos

1. Orígenes del modelo

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) nació a comienzos de los años setenta en la ciudad norteamericana de Milwaukee, cuando un grupo de trabajadores sociales instaló un espejo unidireccional y empezó a experimentar con las ideas del MRI de Palo Alto. A este equipo inicial, que incluía a Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik, se unió Steve de Shazer, que durante un tiempo había formado parte del equipo del MRI y volvió a Milwaukee para casarse con Insoo Kim Berg. El grupo empezó a reunirse en la casa de ambos, haciendo terapia gratuitamente para experimentar con nuevas ideas, siempre con el afán de contestar a la pregunta "¿Qué es lo que funciona en la terapia breve?" (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012). En 1978, este equipo creó el *Brief Family Therapy Center*, un centro clínico que desde el principio funcionó como un "think-tank" en el que los terapeutas pasaban cientos de horas observando sesiones de terapia, tratando de identificar lo que mejor funcionaba y sometiendo a prueba en sesión los nuevos descubrimientos. En este sentido, se puede afirmar que desde sus inicios la TBCS surgió como una práctica basada en la evidencia (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012), mediante un proceso recursivo y dinámico de intervención, observación y teorización. A largo de los años se fueron sumando a este esfuerzo nuevos terapeutas (Scott Miller, Wally Gingerich, Gale Miller, Michele Weiner-Davis) e invitados de todo el mundo (Bill O´Hanlon, Yvonne Dolan, Karl Tomm, Michael Durrant y Brian Cade). El método terapéutico se fue alejando cada vez más del foco sobre los problemas y centrando progresivamente sobre las soluciones, manteniendo en todo momento la fidelidad al principio minimalista de la "navaja de Ockham", a saber, que no se deben multiplicar los entes explicativos sin necesidad. Por su parte, Steve de Shazer reconoció siempre formar parte de una tradición de terapia breve que arrancaba de Milton Erickson y desembocaba en Milwaukee, pasando por los teóricos y terapeutas del MRI y tamizado por la influencia del pensamiento budista y taoísta (De Shazer, 1982).

Steve de Shazer (de Shazer, 1982, 1985, 1988, 1991, 1994; de Shazer et al., 2007) e Insoo Kim Berg (Berg & Dolan, 2001; Berg & Miller, 1992; Berg & Reuss, 1998) son sin duda las dos figuras centrales de la TBCS y quienes más

han contribuido a difundir el enfoque centrado en las soluciones más allá del terreno de la terapia familiar en el que se inició. De hecho, hoy en día se puede hablar de trabajo social centrado en soluciones (Berg, 1994), de protección de menores centrada en soluciones (Berg y Kelly, 2000; Turnell & Edwards, 1999), de *coaching*, *counseling* y mediación centrados en soluciones (Grant, 2003, Bannink, 2007), de orientación e intervención escolar centradas en soluciones (Murphy, 2008; Franklin & Streeter, 2004), de enfermería centrada en soluciones (McAllister, 2007), de psicología organizacional basada en soluciones (McKergow, 2012), e incluso de pastoral centrada en soluciones (Kollar, 2010). El enfoque se utiliza en terapia y asesoramiento individual, familiar y de pareja, en el trabajo con grupos y con instituciones, y se aplica prácticamente a todo el espectro de problemas clínicos, desde la depresión (Knekt y Lindorfs, 2004; Estrada y Beyebach, 2007) hasta la esquizofrenia (Eakes et al., 1997), pasando por los trastornos de alimentación (Jacob, 2001), el manejo de enfermedades físicas como las lesiones de espalda (Cockburn, Thomas y Cockburn, 1997) o el Chron (Vogelaar et al., 2011), la violencia en pareja (McCollum, Stith & Thosen, 2012), los pacientes somatomorfos (Schade, Torres y Beyebach, 2011) o el abuso de sustancias (Berg & Reuss, 1998; Smock et al, 2011). Desde el punto de vista institucional, el impulso de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg llevó a la creación en 1993 de la *European Brief Therapy Association* (www.ebta.nu) y, unos años más tarde, de la *Solution Focused Brief Therapy Association* norteamericana (www.sfbta.org). Posteriormente se han ido creando diversas asociaciones nacionales de terapia centrada en soluciones (Inglaterra, Suecia, Finlandia) así como organizaciones profesionales con vocación de regular la formación y la acreditación en este campo (www.iasti.org).

El espíritu de rigor e indagación constante de los pioneros de la TBCS se ha difundido como parte integral del enfoque y propiciado que se realizaran numerosas investigaciones sobre los resultados y los procesos de la TBCS en todo el mundo. A fecha de hoy, tenemos constancia de la publicación de 43 estudios comparativos y de 21 estudios controlados y aleatorizados sobre TBCS (Gingerich y Peterson, 2012), además de medio centenar de estudios de seguimiento y varias decenas de investigaciones de proceso y proceso-

resultado (en www.ebta.nu puede encontrarse una lista en constante actualización). Considerando el conjunto de estas investigaciones, podemos extraer las siguientes conclusiones (para una discusión más profunda, véanse Beyebach, Estrada y Herrero, 2006; Corcoran, 2012; Gingerich & Eisengart, 2000; Gingerich y Peterson, 2012; Gingerich et al., 2012; Kim, 2012; McKeel, 2012):

Los datos confirman que la TBCS es un enfoque breve, que permite obtener resultados positivos en un número reducido de sesiones, que en la mayoría de investigaciones publicadas se sitúa entre las 3 y las 6. Además, se confirma que la TBCS se adapta bien a una gran variedad de contextos clínicos y no clínicos. De todos modos, varios estudios apuntan a que probablemente, dentro de la brevedad, tener alguna sesión más permita alcanzar mejores resultados.

Los meta-análisis existentes permiten asegurar que la TBCS tiene al menos un efecto entre pequeño (Kim, 2008) y moderado (Stams et al., 2006), y existen estudios de calidad que puntualmente ofrecen tamaños de efecto superiores, en torno a d=.80 (por ejemplo, Knekt et al., 2008; Schade, Torres y Beyebach, 2011) y muestran incluso resultados espectaculares a favor de la TBCS (Cockburn, Thomas & Cockburn, 1997, Lindforss & Magnusson, 1997). De todos modos, serán necesarios más estudios controlados y más replicaciones, para terminar de establecer la potencia terapéutica de la TBCS.

En la actualidad disponemos de un considerable número de estudios de proceso y proceso-resultado que apoyan el efecto positivo de determinadas técnicas centradas en soluciones (como la negociación de objetivos y la conversación sobre cambios pretratamiento, Rodríguez Morejón, 1993; o la Tarea de Fórmula de Primera Sesión, Adams, Piercy & Jurich, 1991). Además, estos estudios arrojan luz sobre la manera de utilizar el lenguaje al emplear estas técnicas y sobre los riesgos que puede suponer abusar de algunas de ellas (por ejemplo, del lenguaje presuposicional, MacMartin, 2008) o no adaptarlas a las circunstancias de los consultantes (por ejemplo, las dificultades al emplear la pregunta milagro con personas sordas, Estrada & Beyebach, 2007, o con madres de hijos con discapacidad, Lloyd y Dallos, 2008).

Una de las aportaciones más prometedoras a la investigación sobre TBCS proviene de los estudios de laboratorio realizados por Janet Bavelas y su

equipo en la Universidad de Victoria. Estos trabajos proporcionan un apoyo empírico a una visión construccionista y colaborativa del diálogo terapéutico (Bavelas, Coates y Johnson, 2000; McGee, Del Vento y Bavelas, 2005), y documentan el impacto directo que a nivel tanto cognitivo como conductual pueden tener las preguntas que presuponen agencia personal, lo que en este capítulo hemos venido denominando “atribución de control” (Healing y Bavelas, 2011). Seguramente los estudios de este tipo constituyen un importante frente de avance para consolidar la base empírica de la TBCS.

2. Conceptos básicos en tbcs

En el nivel de mayor abstracción, podemos describir la TBCS como un enfoque *constructivista* y *construccionista*, en el que se entiende que la realidad social se configura desde los condicionantes biológicos, históricos y culturales de los individuos, y a su vez se negocia y re-negocia constantemente en la interacción humana. Al igual que hacen los autores del MRI de Palo Alto, este planteamiento lleva a una posición *no-normativa*, en la que se acepta que hay muchas formas, válidas todas ellas, de ser y estar como persona, de interactuar como pareja y de organizarse como familia. No hay por tanto una preconcepción normativa acerca de cómo deben o no funcionar las familias, sino más bien una postura de respeto por la diversidad de formas en que se puede organizar la interacción humana y por los diferentes valores que pueden sustentar los consultantes[1]. Por tanto, en TBCS no hay ningún interés en crear tipologías de familias o parejas, y se produce una renuncia expresa a cualquier tipo de diagnóstico tradicional.

La concepción centrada en soluciones acerca de cómo se forman y mantienen los problemas humanos es prácticamente idéntica a la visión que sobre esta cuestión defienden los autores del MRI de Palo Alto. En cambio, la forma de entender el cambio es diferente en los dos enfoques, aunque absolutamente complementaria. Analizaremos por separado ambos conjuntos de conceptos.

Tanto para los autores del Centro de Terapia Breve del MRI como para los teóricos de la TBCS, “un problema es un problema” y no el síntoma de una disfunción o de un conflicto familiar más profundos. De hecho, Steve de Shazer sigue a Wittgenstein cuando rechaza hacer interpretaciones

esencialistas y aboga por renunciar a “leer entre líneas”, para limitarse a “leer las líneas”, es decir, describir las interacciones humanas en vez de pretender interpretarlas (De Shazer, 1994). La consecuencia más importante de esta posición es que se desestima el concepto sistémico de “función del síntoma”, lo que marca una verdadera frontera conceptual entre los enfoques sistémicos clásicos y la terapia sistémica breve tanto del MRI como de la TBCS. Como veremos más abajo, rechazar la noción de que los problemas humanos cumplen funciones sistémicas tiene profundas implicaciones para la terapia, puesto que hace innecesario el concepto de “resistencia familiar” y por tanto permite que la posición del terapeuta sea más transparente y colaborativa con sus usuarios: la “muerte de la resistencia” que Steve de Shazer postuló con brillantez en un artículo ya clásico (de Shazer, 1984).

Pongamos un ejemplo. Supongamos que una familia compuesta por los padres, un hijo de 9 años y una hija de 5, pide ayuda por los graves problemas de conducta que plantea el hijo mayor, que tiene rabietas incontrolables en las que rompe todo tipo de objetos, agrede a su hermana e incluso a sus padres y ha llegado varias veces a amenazar con suicidarse. La madre, que renunció a su carrera profesional cuando nació la hija, es quien pasa más tiempo en casa, y se presenta angustiada y derrotada por la situación; el padre, pequeño empresario agobiado por las deudas, pasa muchas más horas en el trabajo que en su hogar. Él la acusa a ella de ser poco firme con el hijo; ella le recrimina a él que “huya” de casa. Desde una perspectiva sistémica clásica, se hipotetizaría que la conducta del hijo cumple una función para la familia, por ejemplo, enmascarar el conflicto entre los padres, lo cual llevaría a intentar “resignificar” el comportamiento del hijo y a dar prioridad en la terapia a resolver el presunto conflicto de pareja. Un terapeuta sistémico breve no asumiría esta hipótesis y en todo caso entendería que las diferencias entre los padres respecto a la educación del hijo son una consecuencia de los desafíos que plantea éste. Un terapeuta MRI trataría de entender cuál es el intento ineficaz de solución de los padres, para bloquearlo y modificarlo; un terapeuta TBCS trataría de encontrar aquellas ocasiones en que los padres sí son eficaces y las cosas con el hijo son de otra manera. En ambos casos, el énfasis estaría ante todo sobre cómo los padres manejan las conductas del hijo, más

que en su interacción como pareja.

Ahora bien, si los problemas humanos no surgen como síntoma de alguna disfunción familiar o de un conflicto interpersonal más profundo, ¿cómo se explican su aparición y su mantenimiento? Aunque Steve de Shazer no se interesó apenas por esta cuestión, su posición básica es la que había aprendido en el MRI: los problemas se originan porque en algún momento alguien empieza a considerar como problemática cierta dificultad y trata de resolverla. Habitualmente esta dificultad inicial es el resultado de algún cambio vital o simplemente el resultado del azar o de un suceso inesperado. En cualquier caso, si el intento de solución que se le aplica tiene éxito, no llega a haber un problema; si no lo tiene, se abren dos posibilidades diferentes. Por un lado, es posible que la persona o personas implicadas se den cuenta de que su intento es ineficaz y cambien de estrategia. Sin embargo, también cabe la posibilidad de que ante la falta de resultados entiendan que no han aplicado una dosis suficiente de la solución intentada y redoblen sus esfuerzos. En este caso se puede pasar a una situación de "más de lo mismo", a un círculo vicioso en el que, cuanto más se empeñan los implicados en resolver la dificultad inicial, más se enquista ésta, de modo que la solución pasa a ser el problema. El aspecto que subraya Steve de Shazer es que, a lo largo de este proceso, la persona percibe cada vez más su problema y su incapacidad de resolverlo, pasando por alto aquellas ocasiones en las que el problema no se da, o se da con menor intensidad o duración. En otras palabras, el encuadre "tengo un problema" impide detectar posibles variaciones y excepciones. En este contexto, el objetivo de la terapia es ayudar al consultante a deshacer ese encuadre problemático, de modo que pueda percibir las excepciones como "una diferencia que marca una diferencia" y aumentarlas hasta que el problema deje de ser tal. Una manera de entender este proceso de cambio es como una inversión figura/fondo, en el que las excepciones, que constituían el fondo, avanzan a un primer plano, pasando el problema a tener menos relevancia.

De todos modos, la concepción del cambio en la TBCS no es puramente cognitivista, como la descripción anterior podría hacer pensar. Al contrario, Steve de Shazer siempre fue muy consciente del contexto interaccional en el que el cambio tiene lugar, y de hecho afirmó que "un cambio no es tal hasta

que no es percibido como tal en su contexto social” (de Shazer et al., 2007, pp. 47). En otras palabras, las personas relevantes deben percibir los cambios y reaccionar ante ellos, de modo que se instauren secuencias alternativas de interacción. Por ese motivo, los terapeutas centrados en soluciones suelen invitar a las sesiones a todas las personas motivadas para mejorar la situación; esto significa que a menudo (aunque no siempre) se trabaja con todos los miembros de la familia. El énfasis en los aspectos conductuales del proceso de cambio ha llevado a algunos autores, incluso de la propia órbita de la TBCS, a señalar que los aspectos emocionales y relacionales corren el riesgo de ser pasados por alto (Lipchik, 2002).

Volviendo al caso del ejemplo, es posible pensar que las rabietas del hijo se fueron construyendo en un proceso de ampliación de la desviación, en el que respuestas poco eficaces de los padres a enfados inicialmente pequeños del hijo (por ejemplo, ceder ante ellos; o responder de forma desmesurada) fueron aumentando el problema, lo que a su vez fue exacerbando la intensidad de las rabietas. Si el terapeuta centrado en soluciones ayuda a la familia a identificar ocasiones en las que el hijo responde de una forma más adecuada que desde la rabieta, y/o ocasiones en que ante una rabieta los padres consiguen responder mejor, podrá después iniciar un proceso para ir ampliando estas excepciones.

El aspecto más radical de la concepción del cambio terapéutico estriba en que para Steve de Shazer los problemas y las soluciones no están necesariamente conectados, sino que son independientes. En otras palabras, es probable que para dos personas con problemas prácticamente iguales las soluciones sean muy distintas; y a la inversa, que dos personas o dos familias con problemas diferentes lleguen a soluciones similares. Esta idea por un lado refuerza el planteamiento no-normativo de que no es necesario diagnosticar a las familias, y por otro reformula la concepción de la terapia: la intervención ya no se entiende como un proceso de “resolución de problemas” sino como una labor de “construcción de soluciones” (de Shazer et al., 2007) para la que en rigor ni siquiera es necesario tener información sobre los problemas. Construcción de soluciones que, como veremos a continuación, se realiza en constante negociación y conversación con los consultantes, en una posición

colaborativa y de “guiar desde atrás” que contrasta, por ejemplo, con la posición más directiva de los terapeutas familiares estructurales.

Así, en el caso del ejemplo, un terapeuta centrado en soluciones no tendrá un gran interés en explorar cuál es la historia de las rabietas y ni siquiera necesitará una descripción detallada de cada una de ellas. Sin embargo, sí querrá tener una visión muy concreta de cómo suceden las cosas los días en los que no se producen rabietas, qué hace cada persona en las ocasiones en que una rabieta está a punto de producirse pero no se produce, y qué es diferente en aquellas en las que una rabieta es menos intensa o termina antes de lo esperado.

3. Visión global del proceso terapéutico

Probablemente la forma más sencilla de describir el proceso terapéutico en TBCS es señalando que “se empieza por el final”: la terapeuta comienza la primera entrevista negociando con la familia cómo sabrán que los problemas que les traen a terapia están resueltos, cuáles son los criterios para determinar que la intervención ha sido exitosa. A menudo, se sirve para ello de la “Pregunta Milagro” o de otras técnicas de proyección al futuro que ayuden a la familia a describir su futuro preferido. Una vez que lo han descrito será más fácil identificar las mejorías y los cambios que ya están en marcha (los cambios pretratamiento y las excepciones), ayudar a identificar cómo se consiguen e ir decidiendo cuáles son los siguientes pequeños pasos a dar hacia ese futuro preferido. En otras palabras, el criterio de avance no es tanto alejarse del problema, sino ir acercándose a los objetivos. En este proceso, la terapeuta va elogiando los avances de la familia y a menudo proponiendo tareas para casa que ayuden a llevar a cabo y/o a consolidar estos avances. La terapia termina cuando la familia considera que ya ha alcanzado sus metas.

Puesto que la terapia se entiende como un proceso de co-construcción de soluciones, de negociación de objetivos y detección de excepciones, el terapeuta no necesita ejercer ninguna fuerza sobre la familia, sino que tratará simplemente de acompañarla en el proceso y facilitar la conversación y la toma de decisiones. En este sentido, en TBCS se renuncia a la metáfora del terapeuta como “cirujano”, “estratega” o “director de escena” y se apuesta por una visión más modesta: el profesional como facilitador, como un acompañante que “guía desde atrás” a sus consultantes, un *coach* que ayuda en

diálogo socrático a sus interlocutores tratando de no imponer sus propias ideas y valores sino de apoyarse en los de sus consultantes. Esta posición requiere que esté dispuesto a adaptarse a cada familia y a cada persona en particular, que sea capaz de averiguar qué quieren y de negociar en qué objetivos concretos se traducen estos deseos y que muestre una gran sensibilidad al *feedback* de sus interlocutores. Expresado en la terminología de las terapias narrativas, diríamos que en TBCS se privilegian la voz de los consultantes, sus capacidades y sus recursos; por eso el terapeuta no propone a la familia qué debe hacer, sino que la ayuda a localizar las ocasiones en las que ya lo está haciendo bien y a descubrir cómo lo consigue, cuál es la "receta" para haber avanzado y para seguir avanzando.

A veces se describe la posición del terapeuta centrado en soluciones como la de un "terapeuta que no sabe todavía" o incluso la de un "terapeuta estúpido", que considera que los expertos son los consultantes. Esta descripción se ajusta al planteamiento constructivista y no-normativo que hemos descrito más arriba, pero no es incompatible con reconocer que el terapeuta, aunque renuncie a ser un experto en la vida de sus consultantes, sí debe ser experto en la conducción de la terapia y en la gestión de las conversaciones con la familia, de modo que éstas sean provechosas y permitan avanzar en la dirección deseada. En otras palabras, un terapeuta centrado en soluciones trabaja mucho durante las sesiones para conseguir que sea la familia la que genere sus propias soluciones. Y lo hace utilizando el lenguaje de forma cuidadosa y centrada en soluciones, empleando las técnicas que constituyen la "entrevista interventiva" (Lipchik & De Shazer, 1986) que describiremos en el apartado siguiente.

Desde el punto de vista práctico, la TBCS es un tratamiento breve, con un promedio de sesiones que oscila entre 3 y 6 en la mayoría de las investigaciones publicadas. La periodicidad de las sesiones está en función de las preferencias de los consultantes, pero suele ser cada 2 ó 3 semanas. Aunque el planteamiento es contextual, desde un enfoque centrado en las soluciones no es imprescindible contar en las sesiones con toda la familia; a menudo es suficiente con contar solamente con las personas más motivadas. Incluso se puede intervenir en una pareja atendiendo sólo a uno de sus miembros.

Si el contexto lo permite, los terapeutas hacen una pausa al final de cada sesión para consultar con su equipo o, si no tienen equipo, simplemente reflexionar sobre la entrevista antes de dar un mensaje final a la familia. Esta devolución suele incluir elogios y tareas para realizar hasta la siguiente consulta. En primera entrevista es típico preguntar por los cambios pretratamiento y utilizar la pregunta milagro o alguna otra técnica de proyección al futuro (véase la sección siguiente). Las sesiones posteriores se comienzan preguntando qué va mejor y buscando modos de aumentar y consolidar estas mejorías. Si no hay avances, el terapeuta se replantea si está realmente trabajando por los objetivos de la familia y como segunda opción procura hacer "algo diferente"; con ello ya se sitúa en una línea de interrupción de la secuencia problema más propia del MRI.

4. Estrategias y técnicas en la tbcs

4.1. Estrategias comunicacionales en la entrevista interventiva

Las técnicas centradas en soluciones son probablemente lo más conocido y divulgado de este enfoque terapéutico, más allá de los límites de la terapia familiar e incluso de la psicoterapia en general. Sin embargo, no debería confundirse la TBCS con la aplicación más o menos automática de técnicas como la Pregunta Milagro o las Preguntas de Escala, por citar las dos más conocidas. Hacer una intervención centrada en soluciones no sólo requiere emplear ciertas técnicas, sino hacerlo desde la posición terapéutica que hemos descrito en el apartado anterior, y sobre todo, utilizando cuidadosamente el lenguaje. Así, no es suficiente con plantear a una familia la Pregunta Milagro; hace falta, además, trabajar con las respuestas que sus miembros vayan dando y seguir preguntando para lograr que estas respuestas resulten útiles. Y tampoco basta con lanzar una Escala de Avance y limitarse a tomar nota de la cifra con la que respondan nuestros interlocutores; además, será necesario gestionar sus respuestas para generar nueva información sobre los avances ya producidos, las expectativas de futuro y los pasos siguientes a dar. Denominamos a estos procesos terapéuticos "estrategias", a sabiendas de que no estamos utilizando el término en el sentido que le dan por ejemplo la terapia familiar estructural o estructural-estratégica[2], sino para referirnos a patrones transversales de comunicación terapéutica, formas de gestionar la

información en el transcurso de la entrevista que se aplican a todas las técnicas de entrevista interventiva que describiremos más abajo. Tres son las estrategias principales:

- *Elicitar* la descripción de soluciones, bien iniciando la conversación sobre ellas mediante alguna de las preguntas centradas en soluciones, bien centrándose en alguna información o dato que los consultantes aporten espontáneamente en el transcurso de la conversación. Esto último exige una escucha muy atenta y focalizada sobre los recursos, que permita detectar soluciones incluso en las descripciones de las quejas.
- *Ampliar*, es decir, pedir detalles y ayudar a los consultantes a que generen descripciones en términos de conductas interactivas, pequeñas, concretas y en positivo. Así, no es un buen objetivo “no pelear todo el día” (en negativo, ausencia de algo), pero tampoco “llevarnos mejor” (en positivo, presencia de algo, pero no concreto); sí sería un buen objetivo “volver a cenar juntos los cuatro al menos un día por semana”. No sería una descripción útil de mejorías “ya no desconfiamos tanto el uno del otro” (en negativo) ni tampoco “ahora hay más confianza en la pareja”; sí sería una buena descripción de mejorías que los consultantes nos digan “ahora él me anima a salir con mis amigos” o por ejemplo “me está contando más cosas de lo que hace fuera”.
- *Anclar* las soluciones o *atribuir control*, es decir, ayudar mediante nuestras preguntas a que los consultantes identifiquen de qué forma han conseguido producir las mejorías o de qué manera pueden llegar a alcanzar sus objetivos. En TBCS no es suficiente con que la situación en la familia mejore; hace falta que además los miembros de la familia sepan de qué forma han conseguido generar esos cambios; de esta manera podrán hacer más lo que funciona y estarán preparados para enfrentar posibles recaídas. Un reciente experimento de Healing y Bavelas (2011) demuestra el efecto tanto cognitivo como conductual que tienen las preguntas que presuponen agencia personal, en contraposición a las que presuponen una causalidad externa.
- *Ir despacio*, que los autores del BTC de Palo Alto describen como una “intervención general” (Fisch, Weakland & Segal, 1982), constituye también

un aspecto importante del proceder de los terapeutas centrados en soluciones. En el caso de la TBCS se traduce en ajustarse al ritmo de cambio de los clientes, en transmitir el mensaje de avanzar paso a paso, en dar tiempo a los clientes para que piensen y elaboren sus respuestas a las preguntas del terapeuta (lo que incluye saber mantener el silencio) y también en la recomendación de que los terapeutas haga una pausa hacia el final de la entrevista.

• *Promover activamente la cooperación con la familia*. No se trata de conseguir "que la familia coopere con la terapeuta", sino de plantearnos como terapeutas qué podemos hacer para cooperar nosotros con nuestros consultantes. En la TBCS, la posición de cooperación activa se consigue, en primer lugar, identificando qué quieren conseguir los consultantes y adoptando sus objetivos. En segundo lugar, la terapeuta centrada en soluciones valida la posición de sus interlocutores, es decir, acepta su forma de ver el problema y las posibles soluciones, y en vez de confrontar o tratar de cambiarla la utiliza a favor del cambio. Finalmente, en el nivel de la comunicación terapéutica, la terapeuta se esfuerza por utilizar el lenguaje de los clientes en vez de imponer su propia jerga profesional. Otra forma de describir este proceso dialógico es como una combinación de las intervenciones que abren posibilidades con las que validan la posición de los clientes: "Eso debió de ser tremendamente difícil / ¿cómo conseguiste salir adelante?". Estos dos elementos, posibilidad y validación, pueden simultanearse: "¿Cómo lograsteis manteneros firmes / ante una rabieta tan tremenda?".

4.2. Técnicas de entrevista interventiva: las preguntas centradas en soluciones

Las técnicas de la TBCS se emplean en función de cada entrevista y de cada caso. Aunque algunas de ellas (como la pregunta por los cambios pretratamiento o la proyección al futuro mediante pregunta milagro) son típicas de la primera sesión, por lo general se combinan según las circunstancias, siempre con la idea de conseguir descripciones de los avances ya producidos por un lado, y por otro de los siguientes pasos a dar. Las técnicas típicas de la TBCS son:

Proyección al futuro. Se trata de invitar a la familia a imaginarse un futuro

sin el problema. La versión clásica es la Pregunta Milagro (“Imagínense que esta noche, después de ir a dormir, sucede un milagro y los problemas que les traen aquí se resuelven. Como están dormidos no se dan cuenta de que sucede este milagro. Mañana por la mañana ¿en qué notarán que este milagro se ha producido?”), pero se puede adaptar la pregunta haciendo referencia a la magia, a una máquina del tiempo, o simplemente a un marco temporal futuro (“Imagínense que la terapia va muy bien, que resuelven los problemas que les traen aquí, y que yo les hago un seguimiento dentro de un año ¿qué les gustaría contarme?”). En cualquier caso, lo importante es el trabajo posterior que el terapeuta hace con las respuestas de los consultantes, ampliándolas hasta conseguir objetivos pequeños, alcanzables, concretos, conductuales e interaccionales.

Cambios pretratamiento. Son las mejorías que se producen antes de la primera entrevista: por ejemplo, desde la llamada telefónica el padre con problemas con el alcohol ha empezado a beber algo menos; o desde que acordaron iniciar una terapia, la pareja no ha vuelto a pelearse. Tal y como indica la investigación, los cambios pretratamiento son frecuentes en consultas ambulatorias, tal vez porque el hecho de pedir ayuda a un terapeuta ya genera cierta esperanza e implica pasar a la acción en la resolución del problema. En otros casos, el efecto terapéutico de la llamada puede tener que ver con el hecho de hacer público un problema que permanecía oculto (por ejemplo, en un caso de violencia de género, o de atracones secretos) o con que la expectativa de dejarlo en manos de un profesional permita que se relajen los intentos infructuosos de solución. En cualquier caso, los cambios pretratamiento son muy relevantes, porque permiten partir de avances que ya se han producido, y además tienen más probabilidades de ser percibidos como algo que está bajo el control de los consultantes ya que, al fin y al cabo, se ha producido sin la intervención del profesional. Debido a su enorme utilidad, nos gusta preguntar por ellos presuponiendo que se han producido: “Hemos observado con cierta frecuencia que, entre el momento de la llamada para concertar la cita y la primera entrevista, suelen producirse ya algunas pequeñas mejorías. ¿Qué mejorías han notado Uds.?”. A continuación se realiza el trabajo de ampliar y anclar descrito más arriba.

Excepciones. Son las situaciones en las que se espera pero no se da el problema (en el caso del ejemplo, el padre tiene todas las semanas algún día en el que no bebe), pero también aquellas en las que el problema se da con menor intensidad, duración o frecuencia (hay días en los que bebe, pero para antes; hay días en los que bebe menos; hay días en los que consume bebidas menos fuertes). De nuevo, el punto clave es no sólo detectar posibles diferencias, sino seguir conversado sobre ellas hasta lograr que el cliente las concrete y asuma cierto grado de control sobre ellas. En este sentido, es fundamental comenzar ampliando hasta conseguir una buena descripción de la excepción, en términos conductuales y concretos, para después empezar a atribuir control. De esta forma conseguiremos co-construir "excepciones deliberadas", es decir, no sólo situaciones en las que el problema no se da, sino situaciones en las que los consultantes son capaces de identificar que actuaron de determinada manera, repetible y replicable, de modo que podrán hacerlo más en un futuro.

Preguntas de escala. Invitan a los miembros de la familia a puntuar algo entre 0 y 10 (o entre 1 y 10). La escala más utilizada es la Escala de Avance: "Si 10 es que estos problemas están del todo superados, y 1 cuando peor estaban, ¿dónde diríais que están ahora las cosas?". Otras variaciones son la Escala de Confianza ("De 0 a 10, donde 10 es que tienes toda la confianza del mundo en que vas a ser capaz de mantener estos cambios positivos y 0 lo contrario, ¿dónde te situarías?"), la Escala de Decisión ("¿Cómo estás de decidido de 0 a 10, 10 es que estás completamente decidido a no probar el alcohol en esta semana, y 0 lo contrario?"). La utilidad de las escalas reside en que permiten descomponer situaciones dicotómicas y crear un amplio rango de matices entre dos posiciones extremas. En cualquier caso, lo importante es trabajar con las respuestas que los consultantes nos den, primero ampliando el punto en el que se sitúan ("Así que dirías que ahora tenéis una comunicación de 8. ¿Qué entra en ese 8, qué ha mejorado respecto de cuando estabais en el 1?", "¿Y qué más entra?"), después atribuir control ("¿Cómo habéis conseguido subir de 1 a 8?", "¿Qué dirías que ha puesto tu marido de su parte?") y finalmente negociar el paso siguiente ("¿Cuál sería la primera señal de que vuestra comunicación está ya en un 9?", "Qué podrías hacer para que fuera un poco más sencillo subir hasta ese 9?").

Preguntas de afrontamiento. Sirven para conversar sobre los recursos de la familia en situaciones negativas, incluso de extrema adversidad. Cuando no es posible identificar excepciones o mejorías, es preferible no empeñarse en encontrar excepciones a toda costa, y en lugar de ello adaptarse a la postura negativa de los consultantes "¿Qué estás haciendo para sobrellevar todos estos problemas?", "¿Cómo consigues seguir levantándote por las mañana y atender a tus hijos, pese a todo?".

Secuencia pesimista. Es un paso más en la línea anterior. Aquí la terapeuta no sólo renuncia a buscar excepciones, sino que adopta una postura incluso más negativa que la de los propios consultantes: "¿Cómo es que no habéis tirado la toalla, en vista de las dificultades?", "¿Os habéis planteado dar a vuestro hijo en adopción?". Está indicada cuando los consultantes responden las preguntas más directas de forma negativa y pesimista, o cuando expresan abiertamente su falta de esperanza en que las cosas puedan mejorar.

Prevención de recaídas. Aunque la mayoría de los autores centrados en soluciones no suelen describirla, a nosotros esta técnica nos parece fundamental, especialmente en la intervención con problemas que suelen cursar con recaídas, como los hábitos autodestructivos (Selekman y Beyebach, 2013). Eso sí, optamos por hacer prevención de recaídas centrada en soluciones (Beyebach, 2006). Se trata de investigar primero qué factores podrían precipitar un retroceso terapéutico o una recaída, y luego discutir los planes de acción de la familia: "Imaginaos que pese a vuestras buenas intenciones volvéis a enfadaros y estáis a punto de tener una pelea. ¿Cuál es vuestro plan para evitarla?", "Y si, pese a todo, la pelea se produjese, ¿qué podríais hacer para detenerla?", "Imaginaos que la pelea no sólo se produce, sino que no conseguís detenerla y se os va de las manos. ¿Qué ideas tenéis sobre cómo volver a hacer las paces?".

Además de las técnicas de entrevista, otros dos instrumentos al servicio del cambio en la terapia familiar centrada en las soluciones son:

Elogios. Consisten en señalar aquellas cosas que los clientes están haciendo bien, que les ayudan o de las que pueden estar orgullosos. También se pueden elogiar cualidades, valores y relaciones, procurando que los elogios incluyan a todos los miembros de la familia. Habitualmente los elogios se reservan para

el mensaje final. A diferencia de la connotación positiva sistémica, que puede tener un cierto matiz estratégico e incluso manipulador, los elogios deben ser genuinos, ya que de otra forma resultarían poco creíbles.

Tareas. Se trata de sugerir a la familia algo para pensar o hacer en el espacio entre sesiones. Las tareas se derivan de lo hablado en la entrevista y se procura que sean lo más simples que resulte posible. Para asegurarse de que los clientes lleven a cabo las propuestas, la terapeuta centrada en soluciones sólo propone tareas a aquellos consultantes que se muestren dispuestos a hacerlas; a aquellos que se presenten en posición de "visitantes", es decir, que no consideran que haya un problema, solamente se les elogia (De Shazer, 1991). Tareas típicas en TBCS son sugerir a los miembros de la familia que dos días por semana simulen, en secreto, que ha ocurrido el "milagro"; estar atentos a todos aquellos momentos en los que sientan que están un punto más arriba en la escala de avance; o pedirles que se fijen en qué hacen diferente en las ocasiones en que se produce una excepción. Además, hay un gran número de tareas procedentes de otros enfoques pero fácilmente integrables en un planteamiento centrado en soluciones (Beyebach y Herrero de Vega, 2010).

5. Ejemplo de caso: "la independencia de Vero"

María, una mujer casada de 50 años, llamó preocupada por su hija Vero, de 16. Por teléfono explicó que últimamente sus notas habían bajado mucho, que estaba "insoportablemente rebelde" y que sospechaba que su novio la pudiera estar maltratando psicológicamente. Unos días antes Vero había hecho el amago de escaparse de casa y en esa ocasión los padres habían descubierto que tenía cortes en los brazos. Como los dos hermanos mayores de Vero, de 24 y 26 años, vivían fuera de Salamanca, invité a la sesión a la chica y a los padres, María y Juan.

Comencé la primera entrevista con una amplia fase social, en la que Vero y sus padres, inicialmente taciturnos, terminaron compartiendo conmigo sus intereses y aficiones en un clima desenfadado. Cuando les pregunté qué les gustaría llevarse de la terapia, Vero respondió que ella sólo quería que sus padres la dejaran "respirar", que dejaran de atosigarla y empezaran a tratarla como una adulta; los padres, por su parte, exigían que su hija volviera a ser "más normal", menos agresiva con ellos y que volviera a sacar buenas notas

en el instituto. Además, les preocupaba el tema de los cortes, entre otras cosas porque temían que su hija pudiera suicidarse. Exploré brevemente la cuestión con Vero, que explicó que no tenía ninguna intención de matarse y que sólo se cortaba muy de vez en cuando, como una forma de "descargar" cuando la tensión en casa o en el instituto le resultaba insoportable. Tuve que parar varias veces las incipientes discusiones entre padres e hija, pero finalmente pude encauzar la conversación para que los padres escucharan a Vero. Pasamos entonces a establecer algunos objetivos comunes: los tres estuvieron de acuerdo en que les gustaría poder estar tranquilos en casa, lo que se reflejaría en que habría más conversaciones distendidas y en que verían la tele juntos de vez en cuando; también acordaron que otro objetivo era que Vero no volviera a cortarse y aprobara todas las asignaturas en los exámenes de junio.

La Pregunta Milagro les produjo cierta sorpresa, pero terminó dando mucho juego. En el milagro de Vero, su madre llamaría a la puerta cuando quisiera entrar en la habitación de su hija, en vez de entrar subrepticiamente para controlar si estaba estudiando; Vero, a su vez, estaría más dispuesta a charlar con su madre en esos momentos. Además, el tema de los estudios dejaría de invadir todas las conversaciones, y ella y su padre volverían a hacerse las bromas que se hacían antes. Vero también quería que sus padres no criticaran constantemente a su novio Manuel, e incluso que comieran algún día los cuatro juntos. Eso, a su vez, le permitiría a ella a ocultar menos información y ser más sincera con sus padres. En el futuro preferido de Juan y de María aparecía también una Vero más sonriente y más parlanchina, que en vez de encerrarse en su habitación, enfurruñada, pasaría más tiempo charlando con ellos pero también estudiando. Verla así les llevaría a confiar más en su hija. Aunque el padre dijo que se negaba a comer con "ese novio cafre" de su hija, la madre recogió el guante y expresó que en su milagro sí se imaginaba al chico pasando alguna vez por casa. Cuando pregunté a los padres qué harían diferente una vez que hubieran recuperado la confianza en su hija, convinieron que probablemente harían algún viaje de fin de semana los dos juntos, sin temor a dejarla sola en casa.

En la Escala de Avance, Vero valoró la situación actual en un 3, la madre dio también un 3 y el padre rebajó la calificación a un 2. Entre las mejorías

producidas respecto del 0, los tres destacaron el hecho de haberse puesto de acuerdo para venir a la sesión; Vero también mencionó que le había salido bien un examen, y la madre destacó que en los últimos días había podido hablar "un poco más" con su hija. Traté de ampliar algo más esta descripción de mejorías, pero no obtuve ninguna información adicional.

En este punto, y siguiendo las ideas sobre el trabajo con adolescentes de Matthew Selekman (2003), decidí ver por separado a los padres y a Verónica. Los padres aprovecharon la ausencia de su hija para hablarme de su preocupación por el posible maltrato psicológico que el novio de Vero ejercía sobre ella. Habían observado que últimamente Vero apenas salía con sus propias amigas y que a menudo volvía a casa, tras las citas con su novio, deprimida o enfadada; ellos sospechaban que los cortes se producían en esos momentos. Además, el padre añadió que temía que su hija pudiera realmente escaparse de casa e irse a vivir con su novio. Cuando les pregunté qué idea tenían sobre cómo podían ayudar a Vero en este tema, reconocieron que en realidad no podían hacer más de lo que estaban haciendo: estar a la expectativa, dispuestos a ayudar a su hija si ella se lo solicitaba, pero sin presionarla "para no echarla en los brazos de él". Les animé a seguir en esta línea y pasé a hablar con Vero.

Cuando puse sobre la mesa la preocupación de sus padres respecto de su novio, Vero se puso inicialmente a la defensiva insistiendo en lo mucho que le quería, pero luego reconoció que en su día el chico había conseguido controlarla en casi todos los aspectos de su vida; ella se había dado cuenta y estaba empezando a ponerle en su sitio. Me interesé vivamente por este cambio pretratamiento y Vero me explicó que últimamente había empezado a "pararle los pies a Manuel" y que había vuelto a llamar a sus propias amigas para quedar con ella. Charlamos un rato sobre cómo había tenido esa buena idea, y cómo estaba consiguiendo llevarla a cabo, y exploré también qué otras ideas tenía Vero para seguir recuperando su independencia. Después pregunté por los cortes. Vero reconoció que la mayoría de las veces que se había cortado era porque había tenido alguna pelea con su novio, pero añadió que desde que le estaba poniendo límites, estaba haciendo lo mismo con los cortes. Exploré de qué forma Vero había logrado limitar los cortes, e identificamos varias

estrategias útiles: llamar a una amiga para desahogarse, darse una ducha caliente y escuchar “música cañera”. La elogié por su sensatez, validé su amor por Manuel y apoyé su decisión de ser “una mujer enamorada pero independiente”.

Tras hacer una pausa, di un mensaje final conjunto a la familia. Elogié su determinación de recuperar la buena relación entre ellos, les recordé que seguramente conseguirlo exigiría trabajo duro y manifesté mi confianza en que serían capaces de hacerlo, gracias al cariño mutuo que habían demostrado en la sesión así como por los objetivos que compartían. Después les propuse que al menos dos días por semana simularan, en secreto, alguna pequeña parte del milagro que habían descrito; la misión de cada uno sería no sólo simular el milagro sino tratar de “pillar” a los demás cuando lo simularan.

En la *segunda sesión*, dos semanas más tarde, la situación había mejorado. Los “días del milagro” la madre se había esforzado por no entrar en la habitación de su hija ni una sola vez, y Vero se sentía menos presionada y agobiada en el tema de los estudios. Eso la había ayudado a concentrarse mejor al estudiar y también a estar más relajada en casa: había mantenido algunas charlas sobre política con su padre y la tarde anterior, tras repasar un examen, se había quedado en casa viendo una película con su madre. Tras ampliar estos cambios y entender qué habían puesto cada uno de su parte, planteé de nuevo la Escala de Avance, comprobando que la situación había subido a un 5 (Vero), un 4.5 (la madre) y a un 4 (el padre). Cuando negociamos qué sería una pequeña señal de que habían subido un punto más, Vero comentó que le gustaría ver a su padre hablando de su novio “sin criticarle”; el padre, a su vez, expresó que hasta que él no comprobara que las notas habían mejorado “no daría el 5”; y para María, una señal de 5 sería ver a su hija volver sonriendo a casa por la noche.

Hablé brevemente a solas con Vero, interesándome por los nuevos pasos hacia la independencia que había conseguido dar con su novio. Me contó, satisfecha, que había salido dos noches con sus amigas sin cogerle el teléfono y que luego se había mantenido firme cuando él la había criticado por ello. Curiosamente, a partir de ese momento, el chico se había mostrado “más cariñoso y atento con ella”, y ella no había vuelto a cortarse. Vero aprovechó

para contarme que en realidad estaba muy preocupada por los exámenes; que sus padres confiaran más en ella le quitaba parte de la presión y le permitía estudiar mejor, pero por momentos era ella misma la que perdía la confianza en su propia capacidad. “Entonces me empiezo a agobiar y a pensar que me va a salir mal, y me bloqueo”. Decidí explorar en qué notaría Vero que aumentaba su confianza en ella misma. Respondió que sentiría una mayor confianza si era capaz de ponerse a estudiar antes, al menos una semana antes de un examen, y el día anterior dedicarse sólo a repasar, y si podía ir a los exámenes sin ir pensando “la voy a cagar”. Cuando exploré qué frase le gustaría decirse a sí misma, pensó un momento y me dijo “Has estudiado un montón y mereces aprobar. ¡¡Adelante!!”. La elogié por sus buenas ideas y le sugerí que practicara esa frase; además, le propuse que estuviera atenta a todas las demás cosas que aumentaran su confianza.

En mi mensaje final conjunto elogié los avances producidos, previne a la familia acerca de posibles momentos de “bajón” o aparente retroceso, y les sugerí que estuvieran atentos a todos los momentos en los que estuvieran un punto más arriba en la escala.

En la *tercera sesión*, tres semanas más tarde, padre e hija empezaron pesimistas, refiriendo una fuerte discusión que habían tenido el día anterior por un desacuerdo en los horarios de salida. Sin embargo, la conversación posterior reveló que en realidad la casi totalidad de las tres semanas había sido positiva, con una Vero mucho más centrada y tranquila, que estaba recuperando la confianza en sí misma y que sabía apreciar que sus padres le dejaban más libertad. Es más, había conseguido aprobar todas las asignaturas excepto una, incluso con algún notable. De hecho, sin contar los dos últimos días, el tiempo desde la última sesión merecía un 7 en la escala para Vero, y un 6 para los padres. Dedicamos un tiempo a hablar sobre cómo podían recuperar este “nivel 6/7” y no sin cierto esfuerzo la familia pudo identificar los pasos siguientes: ayudaría que padre e hija se fueran a dar un paseo juntos (algo que no hacían desde que habían empezado los problemas), y que los padres ampliaran el horario de salidas de su hija, quien a su vez se comprometería a respetarlo más. Hablé brevemente con Vero, que me contó que los buenos resultados habían aumentado su confianza en ella misma, y que eso parecía

también haberla ayudado en el tema de los cortes, que no habían vuelto a producirse.

En la *cuarta sesión*, un mes más tarde, la situación se había encauzado completamente. Vero se veía ya en un 8.5 en la escala, y los padres “casi en el 8”. De hecho, el fin de semana anterior habían hecho un viaje a Cádiz, dejando a su hija sola con total tranquilidad. Vero no había vuelto a cortarse, y la relación con su novio era “mucho más tranquila”, algo que los padres también habían llegado a percibir. Dedicamos la sesión a ampliar y anclar las mejorías y a hacer prevención de recaídas y fijamos una sesión para dos meses más tarde. Puesto que entonces las cosas seguían bien en la familia y también en el plano académico, acordamos no concertar otra cita en principio, y tener un contacto telefónico al final de curso. Durante esta breve conversación, tanto Vero como su madre confirmaron que las cosas seguían bien. En nuestro seguimiento telefónico, un año más tarde, la madre informó que las cosas seguían “completamente normales” y, aunque Vero seguía saliendo con el mismo chico, la situación estaba “al menos en un 9 en la escala”.

6. El futuro de la tbcs

Es difícil aventurar en qué línea se desarrollará la TBCS en la próxima década. Es probable que se siga aplicando a contextos nuevos (a título de ejemplo curioso, véase el reciente estudio sobre la intervención centrada en soluciones con jugadores de golf, Bell, 2009) y que se sigan refinando algunos de sus procedimientos. A nuestro entender, existen tres líneas de desarrollo especialmente prometedoras:

a. La integración teórica de la TBCS con otros enfoques de terapia familiar breve, tal y como han propuesto diversos autores (Beyebach, 2009, Quick, 2008, Saggese y Foley, 2000, Selekman, 1993; Selekman y Beyebach, 2013). Esta integración se inscribiría en el mandato de “si no funciona, haz algo diferente” que el propio Steve de Shazer recogió de su paso por el MRI, y por tanto resulta coherente con la tradición en la que se inscribe la TBCS.
b. La integración técnica de algunos procedimientos de TBCS dentro de otros modelos, es decir, la exportación de técnicas de TBCS hacia otros enfoques. Por ejemplo, las técnicas de proyección al futuro podrían tener buen acomodo dentro de las terapias cognitivas. O las preguntas de escala, en el

trabajo más experiencial.

c. Ya en el terreno de los valores, la aplicación generalizada de los principios centrales de la TBCS (colaboración, respeto a los consultantes, empoderamiento) en todo tipo de situaciones de atención a usuarios, desde la enseñanza universitaria hasta el parto natural no-intervenido, pasando por la resolución de conflictos comunitarios o la mejora en la comunicación con la administración. En este sentido, nos parece que la visión centrada en soluciones, al igual que sucede con la visión ecológica e interaccional que comparten todos los modelos de terapia familiar sistémica, tiene todavía que hacer importantes aportaciones para mejorar la calidad de nuestra vida social, cultural e incluso política.

7. Lecturas recomendadas

BERG, I.K. & MILLER, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa. Un texto sencillo que utiliza la intervención en los problemas con el alcohol para ilustrar los presupuestos teóricos y las estrategias de intervención de la TBCS. Es la lectura ideal para una primera introducción a este modelo. Otro buen texto introductorio es el clásico "En busca de soluciones" (O´Hanlon & Weiner-Davis, 1989).

DE SHAZER, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa. A mi juicio el mejor libro de Steve de Shazer de entre los que a fecha de hoy están publicados en castellano. La primera parte ofrece una discusión de tipo filosófico sobre las bases conceptuales del modelo, mientras que la segunda se articula en torno a varias transcripciones de entrevistas reales, proporcionando una verdadera ventana sobre el proceso terapéutico. Un texto de similar calidad, aunque más actual y aún no traducido, es el manual póstumo de Steve de Shazer "More than miracles" (de Shazer et al., 2007).

FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E. (2012). *Solution-focused Brief Therapy. A handbook of evidence-based practice*. Nueva York: Oxford University Press. Este libro recoge el "estado de la cuestión" en TBCS mediante una completa y actualizada compilación de textos que examinan desde diferentes ángulos la evidencia empírica a favor de la TBCS. Se describen los orígenes del modelo, se proponen y evalúan diferentes instrumentos de medida adecuados para TBCS, se revisa la investigación

realizada hasta la fecha y se incluye una amplia selección de capítulos sobre la aplicación de la TBCS en contextos y con poblaciones diversas.

BEYEBACH, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder. Este trabajo presenta y analiza en detalle 24 técnicas de entrevista y/o intervención, la mayoría de ellas centradas en soluciones, aunque incluye también procedimientos estratégicos y narrativos como la redefinición, el uso de metáforas o el manejo de recaídas. Un manual de entrenamiento en técnicas de terapia familiar, breve, práctico y sencillo.

BEYEBACH, M. y HERRERO DE VEGA, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder. Se trata de una compilación de tareas terapéuticas, muchas de ellas encuadradas en la TBCS y otras con orígenes diversos pero integrables en una terapia breve colaborativa. Para cada una de las 200 tareas se presenta una ficha con sus características principales, su grado de dificultad y las principales indicaciones y contraindicaciones.

SELEKMAN, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa. Matthew Selekman integra los procedimientos de la TBCS dentro de un marco más amplio, que él denomina Terapia Familiar Breve Basada en Fortalezas. Una lectura de interés no sólo para quienes trabajen con adolescentes y sus familias, sino también para quienes deseen conocer cómo se pueden combinar los procedimientos centrados en soluciones con otros modelos de terapia familiar.

Bibliografía

ADAMS, J.F., PIERCY, F.P. y JURICH, J.A. (1991). “Effects of solution-focused therapy´s ‘formula first session task’ on compliance and outcome in family therapy”. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 277-290.

BANNINK, F. (2007). “Solution-focused mediation: The future with a difference”. *Conflict Resolution Quarterly*, 25, 163-183.

BAVELAS, J.B., Coates, L. y Johnson, T. (2000). “Listeners as co-narrators”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 941-952.

BELL, R.J. (2009). “Decreasing putting yips in accomplished golfers via solution-focused guided imagery: a single-subject research design”. *Journal of Applied Sport Psychology*, 21, 1-14.

BERG, I.K. (1994). *Family-based services: a solution-focused approach*. Nueva York: Norton.

BERG, I.K. y DOLAN, Y. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. Nueva York: Norton.

BERG, I.K. y KELLY, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. Nueva York: Norton.

BERG, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker*. Nueva York: Norton.

BERG, I.K. y REUSS, N.H. (1998). *Solutions step by step. A substance abuse treatment manual*. Nueva York: Norton.

Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.

———— (2009). "Integrative brief solution-focused therapy: a provisional road map". *Journal of Systemic Therapies*, 28 (3), 18-35.

Beyebach, M., Estrada, B. y Herrero de Vega, M. (2006). "El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados". *MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 33-41.

Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de parej*a. Barcelona: Herder.

Cockburn, J.T., Thomas, F.N. y Cockburn, O.J. (1997). "Solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program". *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7, 97-106.

Corcoran, J. (2012). "Review of outcomes with children and adolescents with externalizing behaviour problems". En FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E.E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp. 121-129). Nueva York: Oxford University Press.

de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy*. *An ecosystemic approach*. Nueva York: Norton.

———— (1984). "The death of resistance". *Family Process*, 23, 11-17.

———— (1985). *Keys to solution in brief therapy*. Nueva York: Norton.

———— (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy.* Nueva York: Norton.

———— (1991). *Putting difference to work*. Nueva York: Norton.
———— (1994). *Words were originally magic*. Nueva York: Norton.

de Shazer, S. y Berg, I.K. (1992). “Doing therapy: a post-structural re-vision”. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 71-81.

de Shazer, S., Berg I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). “Brief therapy: Focused solution development”. *Family Process*, 25, 207-221.

de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCOllUm, E. y Berg, I.K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Nueva York: Haworth.

De Shazer, S. y Isebaert, L. (2003). “The Bruges model: A solution-focused approach to problem drinking and substance abuse”. *Journal of Family Psychotherapy*, 14, 43-52.

Eakes, G., Walsh, S., Markowski, M., Cain, H. y Swanson, M. (1997). “Family-centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study”. *Journal of Family Therapy,* 19, 145-158.

Estrada, B. y Beyebach, M. (2007). “Solution-focused therapy with depressed prelocutive deaf persons”. *Journal of Family Psychotherapy*, 18 (3), 45-63.

Fisch, R. y Schlanger, K. (2000). *Brief therapy with intimidating cases*. Nueva York: Norton.

Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. Nueva York: Norton.

Franklin, C. y Streeter, C. (2004). *Solution-focused alternatives for education: an evaluation of Gonzalo Garza Independence High School*. University of Texas at Austin.

GINGERICH, W.J. y PETERSON, L.T. (2012). “Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies”. *Research on social work practice*, 23 (3): 266-283.

Gingerich, W.J., Kim, J.S., Stams, G.J.J. y MacDonald, A. (2012). “Solution-focused brief therapy outcome research”. En FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E.E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp. 95-111). Nueva York: Oxford University Press.

Grant, A.M. (2003). “The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health”. *Social Behavior and Personality*, 31, 253-264.

Healing, S. y Bavelas, J.B. (2011). “Can questions lead to change? An analogue experiment”. *Journal of Systemic Therapies*, 30, 30-47.

Jacob, F. (2001). *Solution-focused recovery from eating distress*. Londres: Brief Therapy Press.

Kim, J.S. (2008). “Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis”. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116.

———— (2012). “A systematic review of single-case design studies on solution-focused brief therapy”. En FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E.E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp. 112-120). Nueva York: Oxford University Press.

Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). “A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up”. *Studies in social security and health*, nº 77. The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland.

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T. et al. (2008). “Randomized trial on the effectiveness of longand short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up”. *Psychological Medicine* 38, 689-703.

Kollar, C.A. (2010). *Solution-focused pastoral counseling: an effective short-term approach for getting people back on track*. Zondervan.

Lindforss, L. y Magnusson, D. (1997). “Solution-focused therapy in prison”. *Contemporary Family Therapy*, 19, 89-104.

Lipchik, E. (2002). *Beyond technique in solution-focused therapy: working with emotions and the therapeutic relationship*. Nueva York: Guilford Press.

Lipchik, E. y de Shazer, S. (1986). “The purposeful interview”. *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, 5, 88-99.

Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M. y Nunnally E. (2012). “The evolution of

solution-focused brief therapy”. En FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E.E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp. 3-19). Nueva York: Oxford University Press.

Lloyd, H. y Dallos, R. (2008). “First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: Mothers´ experiences and views”. *Journal of Family Therapy*, 30, 5-28.

MacMartin, C. (2008). “Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies”. En PERKYLA, A., ANTAKI, C., VEHVILAINEN, S. y LEUDAR, I. (Eds.), *Conversational analysis and psychotherapy* (pp. 80-99). Nueva York: University Cambridge Press.

McCollum, E.E., Stith, S.M., y Thomsen, C.J. (2012). “Solution-focused brief therapy and medication adherence with schizophrenic patients”. En FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E.E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.196-202). Nueva York: Oxford University Press.

McGee, D., Del Vento, A. y Bavelas, J.B. (2005). “An interactional model of questions as therapeutic interventions”. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 371-384.

McKeel, J. (2012). “What Works in solution-focused brief therapy: a review of change process research”. En FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E.E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp. 130-143). Nueva York: Oxford University Press.

McKergow, M. (2012). “Solution-focused approaches in management”. En FRANKLIN, C., TREPPER, T.S., GINGERICH, W. y McCOLLUM, E. E. (Eds.). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp. 3-19). Nueva York: Oxford University Press.

McAllister M. (2007). *Solution Focused Nursing: Rethinking Practice*. Basingstoke: Macmillan Palgrave.

Murphy, J.J. (2008, March). *Solution-focused counseling in schools*. Based on a program presented at the ACA Annual Conference & Exhibition, Honolulu, HI.

Quick, E. (2008). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*. Londres: Academic Press.

Rodríguez Morejón, A. (1993). *Un modelo de agencia humana para analizar el cambio en psicoterapia. Las expectativas de control en terapia sistémica breve*. Tesis doctoral no publicada. Salamanca: Universidad Pontificia.

Saggese, M.L. y Foley, F.W. (2000). "From problems or solutions to problems and solutions: integrating the MRI and solution-focused models of Brief Therapy". *Journal of Systemic Therapies*, 19, 59-73.

Schade, N., Torres, P. y Beyebach, M. (2011). "Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care". *Journal of Family Systems and Health*, 29, 197-205.

Selekman, M. (1993). *Pathways to change: Brief therapy solutions with difficult adolescents*. Nueva York: Guilford Press.

Selekman, M. y Beyebach, M. (2013). *Changing self-destrutive habits. Pathways to solutions with couples and families*. Nueva York: Routledge.

Smock, S.A., Trepper, T.S., y Wetchler, J.L. (2008). "Solution-focused group therapy for level 1 substance abusers". *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 107-120.

Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K. y De Vries, L. (2006). "Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse". *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 39, 81-94.

Turnell, A. y Edwards, S. (1999). *Signs of safety*. Nueva York: Norton.

Vogelaar, L., Van´t Spijker, A., Vogelaar, T., Van Busschbach, J.J., Visser, M.S. Kuipers, E.J. y van der Woude, C.J. (2011). "Solution focused therapy: A promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients Psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease". *Journal of Crohn's and Colitis* 5, 585-591.

Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. Nueva York: Norton.

1 . Este planteamiento filosófico es posiblemente una de las claves por las que el enfoque centrado en soluciones resulta fácilmente aplicable en contextos culturales muy diferentes.

2 . Las estrategias terapéuticas en el sentido tradicional se refieren a la

concatenación de determinadas maniobras por parte del terapeuta, por ejemplo, apoyar a los padres para que trabajen en equipo; o promover la comunicación de sentimientos en la pareja. Las estrategias entendidas en este sentido son ajenas al enfoque centrado en soluciones, que como acabamos de ver rechaza la idea de que haya “tipos de soluciones” para “tipos de problemas”.

13
Terapia narrativa

Alicia Moreno Fernández

Índice de contenidos

1. Orígenes del modelo

El modelo de terapia narrativa surge a partir de la evolución que se dio en los años 80 y 90 en el campo de la terapia familiar sistémica, cuando se cuestionaron los modelos en los que el terapeuta, desde un rol de experto, intervenía sobre el sistema familiar disfuncional para modificar su estructura o los patrones de interacción problemáticos. Desde los postulados de la segunda cibernética, la relación terapéutica se volvió más colaborativa y menos jerárquica y el tradicional foco de la terapia sistémica en las interacciones se amplió para tener también en cuenta los sistemas de creencias o construcciones de la realidad de la propia familia, del terapeuta y del contexto sociocultural al que ambos pertenecían. Adoptar un enfoque sistémico implicaba así contextualizar los problemas que se atendían en consulta, reconociendo la influencia de los estereotipos y expectativas de género tanto en la familia como en los terapeutas (Walters et al, 1991), y la poderosa influencia (a veces invisible, precisamente por ser tan habitual) de los modelos culturales normativos, de las desigualdades sociales o las distintas formas de discriminación tales como el racismo, el machismo o la homofobia. Autores como Carlos Sluzki o Marcelo Pakman fueron pioneros en incluir esta perspectiva social y política en la terapia sistémica, al considerar que la forma peculiar de cada individuo o familia de dar sentido a su realidad (cómo explica los problemas, a quién o qué los atribuye, qué considera legítimo/ilegítimo, quiénes son sanos/enfermos, etc.) surge en el espacio social, a partir de las ideologías o modelos de organización social dominantes (Sluzki, 1998; 2006). La práctica terapéutica podía considerarse un lugar donde hacer “micropolítica” (Pakman, 1999; 2010), al tener presentes esos discursos sociales que establecen determinados guiones para los consultantes y los propios terapeutas, y encontrar formas de acción que les conviertan en autores de sus propios guiones, “resistentes” a guiones preestablecidos y, por tanto, en agentes de cambio social.

Las modalidades de terapia basadas en estos supuestos se han denominado globalmente postmodernas, post-estructuralistas, o socio-construccionistas. En concreto, el modelo de *terapia colaborativa* (Anderson, 1999; Anderson y Goolishian, 1995; Anderson y Gehart, 2007) propone que el terapeuta adopte

una postura de “no saber”, interesándose por la experiencia y el mundo de significados de los consultantes, que son los verdaderos “expertos” en su propia vida. El terapeuta es un “arquitecto del diálogo”, un experto en la conversación que intenta dejar de lado sus propias creencias y facilita, con su actitud de curiosidad, conversaciones que abran nuevos significados y posibilidades. Por su parte, las *prácticas reflexivas*, desarrolladas a partir del trabajo de Tom Andersen (Andersen, 1994; Friedman, 1995) introdujeron una modalidad de intervención en la que los consultantes tenían la oportunidad de escuchar y observar al equipo de profesionales cuando éstos dialogaban acerca de ellos, creando así un entorno de trabajo transparente, colaborativo y abierto a múltiples perspectivas. Estos modelos, a los que se añade la terapia narrativa, “ven a la terapia como un proceso conversacional o discursivo; se interesan en la forma en la que las personas creamos narraciones o historias sobre nuestras vidas; proponen que el conocimiento y la identidad se construyen a través de la interacción con los otros; no piensan en las dificultades humanas en términos de estructuras “profundas” o subyacentes y conciben la terapia como una relación de colaboración entre clientes y terapeutas” (Tarragona, 2006, p. 512).

Los creadores del modelo de terapia narrativa fueron el australiano Michael White y el neozelandés David Epston, trabajadores sociales con un claro compromiso de justicia social, que colaboraron estrechamente en el desarrollo, aplicación y difusión de este modelo hasta la muerte de White en 2008. Karl Tomm, un reconocido terapeuta familiar y profesor de psiquiatría en la Universidad de Calgary, se interesó inmediatamente por el trabajo de Michael White y contribuyó muy activamente en la difusión internacional de este enfoque terapéutico innovador.

Michael White fue uno de los primeros terapeutas familiares australianos conocido internacionalmente, editor del Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (1979-1984). A partir de su estudio de la obra de Gregory Bateson, White se interesó por las “restricciones”, es decir, la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. White consideró que cualquier historia terapéutica en la que no se tuviesen en cuenta esas restricciones (el contexto interaccional y cultural) acabaría mostrando una

visión de la persona o familia descontextualizada y patológica (Madigan, 2011). Su trabajo terapéutico, inicialmente enmarcado en la tradición de la terapia familiar sistémica, acabó sustituyendo la metáfora del sistema por la de la narrativa, aunque él y el resto de terapeutas narrativos mantuvieron en su práctica algunos de los elementos claves del enfoque sistémico: la utilización de preguntas como la principal herramienta de intervención; el foco en las relaciones y las conexiones, en el contexto y la comunidad (aunque de una forma algo diferente a los modelos sistémicos previos); y el interés por los recursos de los consultantes y por las excepciones al problema (Hayward, 2009).

White trabajó con pacientes con anorexia y con niños con encopresis, con quienes empezó a desarrollar la práctica de la externalización, que se convirtió en el sello de la terapia narrativa. A partir de su encuentro en 1981 con David Epston en un congreso de la Asociación Australiana de Terapia Familiar, ambos formaron una “hermandad” personal y profesional (Epston, 2008a; White, 2011), a caballo entre Australia y Nueva Zelanda, compartiendo ideas, publicaciones e impartiendo formación por todo el mundo. Su libro más conocido, publicado en 1990, es *Medios narrativos para fines terapéuticos*, que popularizó la externalización y el uso de cartas y otros documentos terapéuticos.

David Epston es un terapetua neozelandés formado inicialmente en hipnosis ericksoniana y en antropología. Es muy conocido por su enfoque innovador en el trabajo con niños y sus familias (Freeman, Epston y Lobovitz, 2001) y por su uso de medios escritos en el trabajo terapéutico. Es co-autor junto con sus pacientes de numerosos relatos de la terapia (Epston, 2008b), en los que se incluyen las cartas escritas por ambos y la descripción de ritos de paso tales como celebraciones, premios, diplomas y fiestas para conmemorar los logros de las personas frente a sus problemas. Ha intentado así dignificar y dar protagonismo a la historia de quienes consultan, transformando lo que habitualmente se consideraba patológico en descripciones de valor y coraje. En la página web www.narrativeapproaches.com ha recopilado un archivo de la Liga Anti-Anorexia que él mismo fundó, con documentos escritos por personas que se habían visto afectadas por la anorexia, y que pueden ser útiles

a otras que tengan que luchar contra ese problema.

Michael White fundó junto a Cheryl White, una trabajadora social muy implicada en el movimiento feminista, el Dulwich Centre en Adelaide, que se ha acabado convirtiendo en un referente internacional en la formación de profesionales, el desarrollo de programas de intervención y la difusión de la terapia narrativa. Desde allí han desarrollado programas de intervención basados en prácticas narrativas colectivas (Denborough, 2008) con distintos grupos y comunidades, tales como los nativos aborígenes australianos afectados por la discriminación y el colonialismo; personas con esquizofrenia (con las que White también recopiló documentos terapéuticos); mujeres víctimas de violencia y hombres agresores; o distintas comunidades que sufren violencia o trauma. Michael White fue autor de multitud de artículos y libros (por ejemplo, 1997a, 2002a, 2002b), en los que desarrolló diferentes aplicaciones del enfoque narrativo (con víctimas de trauma, duelos, con la propia experiencia de los terapeutas, etc.) y mapas de distintos tipos de conversaciones terapéuticas (White, 2007).

2. Conceptos teóricos principales

2.1. Construccionismo social

La terapia narrativa se basa en la noción posmoderna de que las realidades se construyen socialmente, a través del lenguaje, y se organizan y mantienen a través de historias o narrativas culturales, familiares e individuales. “Las creencias, valores, instituciones, costumbres, etiquetas, leyes, divisiones del trabajo, etc. que constituyen nuestras realidades sociales son construidas por los miembros de una cultura al interactuar unos con otros, de generación en generación y día a día. Es decir, las sociedades construyen las “lentes” a través de las que sus miembros interpretan el mundo. Las realidades que cada uno de nosotros damos por sentadas son las que nos han rodeado desde que nacimos. Estas realidades proporcionan las creencias, prácticas, palabras y experiencias a partir de las que damos forma a nuestras vidas” (Freedman y Combs, 1996, p. 16). Estas construcciones de la realidad se mantienen y legitiman a través del uso del lenguaje. Como éste siempre está cambiando, y su significado preciso varía en función del contexto en que se utiliza, siempre es posible desarrollar un nuevo lenguaje, es decir, crear conversaciones que sean oportunidades para

negociar nuevos significados que puedan dar legitimidad a otras posibles visiones de la realidad (Freedman y Combs, 1996).

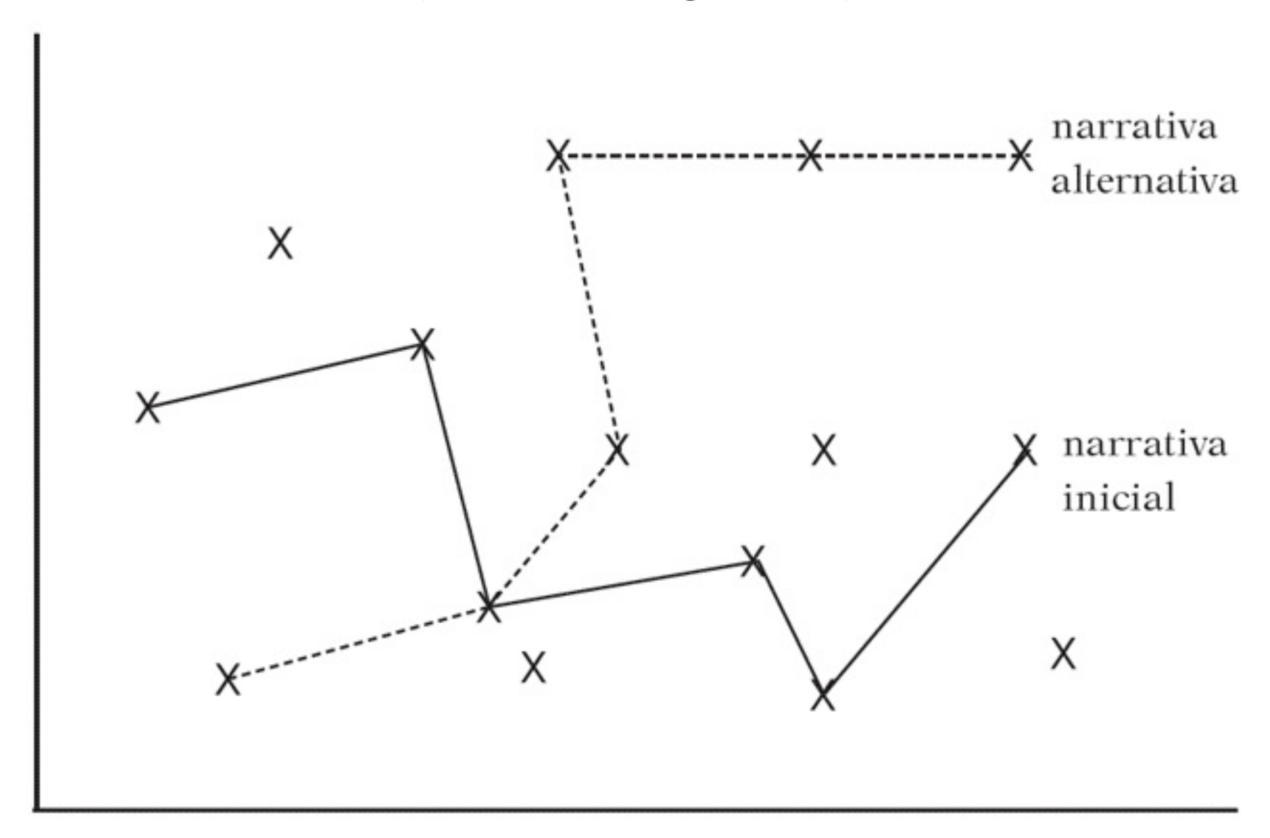
2.2. La metáfora narrativa

Damos sentido a la experiencia a través de narrativas. De todos los acontecimientos que tienen lugar en nuestra vida, vamos seleccionando algunos de ellos, conectándolos en una secuencia temporal, de acuerdo a ciertos temas o tramas (Morgan, 2000). Esto nos sirve para dar un sentido coherente de nosotros mismos y del mundo que nos rodea, y como guía o filtro para interpretar posteriores experiencias y actuar en el futuro. La realidad es multi-historiada y se dan simultáneamente múltiples historias sobre nuestras vidas y relaciones, por ejemplo, sobre nuestras capacidades, nuestras dificultades, nuestros logros, nuestros fracasos. La forma en la que hemos desarrollado esas narrativas está determinada por los eventos que hemos seleccionado, cómo los hemos ido conectando en una secuencia, y qué significado les hemos atribuido. Siempre se pueden contar diferentes historias a partir de los mismos eventos, ya que ninguna historia puede contener todos los aspectos y matices de la experiencia. Así, si incluimos otros hechos que anteriormente habían quedado fuera de la narrativa, o si otras personas o nosotros mismos damos una interpretación diferente a esos hechos, los efectos de esa narrativa en el presente o en el futuro cambiarán, abriéndose quizá otras nuevas posibilidades.

Teresa, de 30 años, se describe como "muy dependiente de sus padres", ya que se preocupa mucho de que estén bien y cuando hay tensión o mal ambiente en casa, se siente muy afectada. Quiere independizarse, pero tanto ella como sus padres dudan si va a ser capaz de ocuparse de su propia vida sin recurrir a la protección de la familia. Sin embargo, hace unos años pasó un curso escolar fuera y más tarde ella misma se buscó un trabajo en Irlanda, donde vivió un año. En el trabajo y con sus amistades también hay muchos ejemplos de cómo es capaz de tomar decisiones por sí misma y orientarse hacia el tipo de relaciones que le satisfacen más. Al tener en cuenta estos otros aspectos de la experiencia de Teresa, se pueden establecer conexiones entre ellos, dotarlos de significado y empezar a sustituir la narrativa inicial de dependencia por una narrativa alternativa que dé más protagonismo a sus recursos y los propósitos

que tiene para su propia vida.

Figura 1. Construcción de la narrativa
(tomada de Morgan, 2000)



Las narrativas individuales se enmarcan dentro de narrativas sociales y culturales. Las historias que construimos individualmente, como pareja o familia, se ven influidas por las historias más amplias de la cultura en que vivimos, que atribuye determinados significados y valoración a factores como el género, la clase, la raza, la cultura, la orientación sexual, etc. Por tanto, desde el construccionismo social no sólo prestamos atención a las historias particulares que nos relatan quienes vienen a consulta, sino a las narrativas sociales y contextuales que especifican cuáles son las formas preferibles de ser y de comportarse dentro de esa cultura (Freedman y Combs, 1996), por ejemplo: qué constituye una familia "funcional o disfuncional", en qué consiste una relación "madura", cómo es una persona "equilibrada" o "exitosa", etc.

El self o la identidad se construyen socialmente. Desde el punto de vista del construccionismo social o el post-estructuralismo, no hay un "self" o identidad por descubrir que resida en el interior de la persona como algo fijo, verdadero

o auténtico. La identidad se construye en la relación, es contextual y multihistoriada (Madigan, 2011) y se forma a partir de las historias que contamos y que cuentan otras personas acerca de quiénes somos (Walther y Carey, 2009). Desde esta perspectiva, no se puede decir nada acerca del self o del yo sin tomar en consideración el tipo de relaciones en las que se ha constituido. Al pertenecer a determinadas comunidades con un orden social o determinados marcos ideológicos, nos vivimos a nosotros mismos en relación a ellos y nos vemos normales o anormales, pertenecientes o excluidos, válidos o defectuosos, por ejemplo, como hijos/as, padres, trabajadores, cónyuges, etc. Frente al planteamiento estructuralista o modernista de una identidad "interna" que es una historia única y fija (un relato de lo que "verdaderamente es" la persona), los terapeutas narrativos mantienen una visión postestructural o postmodernista de la llamada "identidad intencional" (White, 2002a, 2007). Ésta refleja, no lo que somos, sino aquello a lo que damos valor; abre posibilidades sobre lo que podemos ser o aquello en lo que podemos convertirnos. La terapia se orienta, entonces, según las preferencias de la persona para su vida (Walther y Carey, 2009), a partir de sus deseos, intenciones, propósitos, creencias, valores y principios.

2.3. Los discursos dominantes y las prácticas de poder

En cada cultura, ciertas narrativas se convierten en dominantes respecto a otras, que son marginalizadas. ¿Cómo ocurre esto? ¿Por qué ciertas ideas sobreviven a lo largo del tiempo y otras no? ¿A través de qué mecanismos y técnicas son mantenidas esas ideas dominantes? ¿A qué grupos o intereses sirven? ¿Y qué consecuencias tienen? White y Epston (1993) afrontaron estas preguntas basándose principalmente en la obra del filósofo francés Michel Foucault, que estudió cómo en la sociedad occidental se crean y mantienen determinados discursos "oficiales" a partir de los que se categoriza y clasifica a las personas, determinando qué se considera verdadero, correcto o adecuado.

Cuando hablamos de *discurso*, nos referimos a las formulaciones, acciones, reglas, creencias e instituciones que comparten determinados valores y que sostienen determinadas visiones del mundo (Madigan, 2011). Los discursos rigen la forma en que las personas deben actuar, pensar y sentir. Aunque son interpretaciones de la realidad que reflejan una determinada estructura social y

relaciones de poder, adquieren el estatus de “verdad” y las personas en esa sociedad tienden a moldear o constituir sus vidas de acuerdo con esos discursos, mientras que otros posibles conocimientos o perspectivas tienden a quedar marginalizados. Foucault estudió, en concreto, los discursos y las instituciones que intervenían sobre la locura, la enfermedad, la criminalidad y la sexualidad y que etiquetaban y trataban a determinadas personas como locas, enfermas, criminales o pervertidas. Otros parámetros que influyen muy poderosamente en la creación de determinados discursos y prácticas sociales son la raza, la clase social y el género, que contribuyen asimismo a privilegiar a algunos grupos sociales y marginalizar otros (Freedman y Combs, 1996).

Foucault describió tres tipos de mecanismos de acción de estas teorías e instituciones. El primero implica *categorizar* a las personas y separarlas espacial y socialmente (por ejemplo, encerrando a los locos o marginando a las minorías étnicas). También se *clasifica* a las personas “científicamente” a partir de teorías que se convierten en normas sociales y establecen la normalidad o anormalidad (por ejemplo, en relación a la orientación sexual), y se crean registros por escrito y expedientes (médicos, escolares, corporativos, etc.) que documentan y afianzan esa clasificación de las personas. Por último, estos mecanismos de control social también funcionan desde el “interior” del propio individuo, ya que cada persona acaba *interiorizando* los discursos culturales y se evalúa a sí misma en función de ellos. Se da así un proceso de autovigilancia, de observación y monitorización de uno mismo (Madigan, 2011; White y Epston, 1993).

Para explicar cómo se genera esta autovigilancia, Foucault estudió los mecanismos de funcionamiento del *poder moderno*, en contraposición con el *poder tradicional* (Hayward y Redstone, 2013; White, 2005). En el poder tradicional, representado, por ejemplo, en una dictadura, hay un soberano o gobierno visible que ejerce un poder de arriba abajo: reprime, limita, impone, castiga y vigila a las personas, que permanecen invisibles y se ven sometidas a esa autoridad externa. Es un poder coercitivo y visible, fácil de detectar. En cambio, el *poder moderno* da forma o moldea la vida de las personas, inoculando en ellas el deseo o la aspiración de ser valiosas a partir de determinados estándares sociales, de ciertas normas y expectativas sobre la

normalidad-anormalidad. Las personas acaban así desempeñando un papel activo en su propia subyugación, convirtiéndose en sus propios guardianes y evaluando sus acciones en relación con las normas estipuladas, mediante un "juicio normalizador". Al poner el foco en los individuos, se tienden a invisibilizar los mecanismos mediante los que se ejerce ese poder, que se reproduce en todos los grupos e instituciones de los que formamos parte. Disciplinas profesionales como la medicina, psiquiatría, trabajo social, psicología, han contribuido a estas prácticas de poder al plantear teorías y juicios expertos acerca de las relaciones, el desempeño, los estándares para la salud mental, la madurez o la vida sana. La terapia narrativa intenta precisamente hacer visibles estos discursos dominantes y cuestionarlos cuando contribuyen a categorizar, desvalorizar o limitar la experiencia de las personas.

3. Visión global del proceso terapéutico

La terapia narrativa es una labor colaborativa en la que los terapeutas co-construyen con los clientes nuevas historias acerca de sí mismos que promueven sus formas preferidas de vida y de relación. Se ayuda a las personas a poner fuera los problemas que les afectan para investigar conjuntamente con el terapeuta cómo actúan, cómo han surgido y se mantienen, y también, cuáles son las cualidades, destrezas o recursos personales, relacionales o sociales que contribuyen a mantener esos problemas fuera de sus vidas. Este enfoque se basa en el supuesto de que los clientes tienen capacidades, destrezas y conocimientos que a veces quedan, en cierta forma, relegados. El terapeuta ayuda a los clientes a tener acceso a sus propios conocimientos y abrir espacio para que emerjan nuevas historias alternativas y para que puedan reflexionar sobre las historias dominantes que han dado forma a sus vidas (Madsen, 2007; 2009). Surgen así posibilidades para otros estilos de vida, de relación y de visión de sí mismos basados en lo que las personas consideran valioso o preferible, reforzando así su posición como agentes activos a cargo de su propia vida (Nichols y Schwartz, 2009; White, 2005).

La terapia narrativa se puede llevar a cabo en distintos encuadres (individual, de pareja o de familia), que se adecúen a la situación particular de cada

persona o motivo de consulta. Se incluyen de forma permanente o puntual en las sesiones las personas significativas que están afectadas por el problema y dispuestas a colaborar en la terapia. Aunque se acuerda con los clientes un determinado encuadre de trabajo y se garantiza la confidencialidad necesaria para cualquier proceso terapéutico, en la terapia narrativa las "fronteras" que separan el contexto terapéutico de otros contextos relacionales suelen ser más flexibles. Así, se elaboran documentos terapéuticos que la persona puede compartir con quien desee, y en ocasiones (y previo acuerdo con la persona que consulta) se invita a alguna sesión a amigos, familiares, otros profesionales o personas que estuvieron afectadas por el mismo tipo de problema y que pueden participar como audiencia o testigos de las "nuevas narrativas" emprendidas por los clientes.

3.1. Elementos clave del proceso terapéutico

Orientar la terapia en la dirección preferible para los clientes

La terapia narrativa es "un enfoque basado en lo que es y podría llegar a ser, en lugar de lo que no es o lo que debería ser" (Madsen, 2009, p. 114). Ya sea partiendo de la situación actual dominada por el problema, o de la visión que la persona o familia tengan acerca de su futuro, el terapeuta ayuda a los clientes a reconectar con sus deseos, prioridades, esperanzas, sueños, propósitos, valores, y con las destrezas y conocimientos que han desarrollado a lo largo del tiempo y que les van a ayudar a alejarse del territorio del problema y explorar nuevas formas de vida más satisfactorias.

El modelo de trabajo colaborativo con familias desarrollado por Madsen (2007, 2009, 2011), basado en la terapia narrativa y las prácticas de la indagación apreciativa, propone iniciar la terapia desarrollando con la familia una visión de su futuro deseado que sea consensuada, proactiva, significativa y suficientemente concreta. El terapeuta explora la motivación (por qué eso es importante para ellos), los recursos que ya tienen (cómo han podido en ocasiones hacer eso presente en sus vidas), y fomenta un sentido de comunidad (qué otras personas aprecian esta visión o podrían apoyarla). "Si pensamos en esta visión del futuro deseado como un faro que sirve de referencia en la oscuridad, es crucial que esa visión sea lo suficientemente luminosa como para que sea visible a través de la niebla del día a día, y cercana a la

experiencia cotidiana de las personas para poder ser reconocida” (Madsen, 2011, p. 535).

Otras descripciones del proceso terapéutico en terapia narrativa (Dickerson y Zimmerman, 1996; Freedman y Combs, 1996; Freeman et al, 2001) comienzan con la exploración del problema, queja o preocupación de la persona o familia. A través de distintas conversaciones de “andamiaje” (Hayward, 2013; Malinen, 2011; White, 2007) se parte del territorio de “lo conocido y familiar” (la historia de impotencia, frustración o dolor en relación al problema o a uno mismo; la forma habitual de percibir y actuar) y se avanza hacia “lo que es posible conocer” (la puesta en acción de una nueva narrativa que enfatiza el sentido de agencia personal y en la que la persona emprende acciones basadas en aquello que es importante o valioso para ella). Los pasos sucesivos en este andamiaje, por el que transitan los distintos tipos de conversaciones narrativas, son: (1) la descripción habitual del problema, (2) detectar excepciones o acontecimientos extraordinarios, (3) dar un nombre a ese problema o esa excepción, (4) crear una visión relacional y contextual del problema o excepción, mediante preguntas circulares, (5) reflexionar acerca del significado de esas acciones en la vida e identidad de la persona, (6) establecer las bases para nuevas acciones futuras basadas en la agencia personal, y (7) desarrollar planes de acción basados en estos nuevos conceptos sobre la vida e identidad.

Explorar el problema mediante conversaciones externalizadoras

La externalización es una orientación básica del diálogo terapéutico, presente en todo el proceso, que guía al terapeuta en su uso del lenguaje y en la relación que establece con la persona para abordar juntos el problema, que se pone fuera de ella. “El problema es el problema; la persona no es el problema”. Hay una relación entre la persona y el problema, y éste influye, impacta, limita o condiciona la vida de la persona, pero es algo separado de ella, de su “identidad” (Freedman y Combs, 1996). Frente a las conversaciones “internalizadoras” (Morgan, 2000), que explorarían cómo son en el fondo las personas y cuáles son sus aspectos problemáticos, las conversaciones “externalizadoras” exploran cómo son o actúan los problemas. Así, si alguien dice “estoy deprimido”, el terapeuta le preguntaría, por ejemplo, “desde

cuándo está presente la Depresión", o "qué efectos tiene esta Depresión en tu vida"; si habla de "sentirse inseguro", se exploraría cómo es esa "Inseguridad", cuándo aparece, qué ideas o sentimientos la acompañan, etc.

El lenguaje externalizador se aplica también a las cualidades que la persona considera positivas, ya que tampoco son algo fijo e inmutable que reside en el interior de las personas (por ejemplo, ser cariñoso), sino que, al igual que los problemas, son producto de la cultura y de la historia y permanecen en la vida de las personas porque hay ciertas prácticas asociadas a ellos (cómo la persona hace presente esta actitud cariñosa en sus relaciones). Así, ante cualidades o actitudes como la comprensión, la lealtad, el respeto o el amor hacia los hijos, exploramos cómo se crearon o aparecieron en su vida, qué experiencias o personas contribuyeron a ello, quiénes han conocido más de cerca esa cualidad, qué la hace posible, qué significa para la persona, y cómo la lleva a la práctica en su vida (Russell y Carey, 2004; White, 2007). Esto nos permite tener conversaciones más "ricas", al explorar estas cualidades como algo con lo que la persona tiene relación y que le orienta en la práctica, conectándola con sus intenciones y propósitos para su vida.

Deconstruir del problema

Al escuchar el relato del problema, el terapeuta narrativo practica un tipo de escucha "deconstructiva", dirigida a (a) aceptar y comprender la experiencia de la persona, tal como lo vive ella, (b) entender cómo la persona ha dado sentido a su experiencia, cuáles son los supuestos en los que se basan sus narrativas y (c) buscar resquicios, espacios o ambigüedades en el relato que puedan abrir posibilidades para co-construir otras historias alternativas (otorgando otros posibles significados, incluyendo o resaltando otros acontecimientos en la historia, etc.). A partir de ahí, plantea preguntas "deconstructivas", que ayudan a la persona a ver que esas narrativas no representan una verdad inmutable, sino que han sido construidas y por lo tanto, pueden reconstruirse (Freedman y Combs, 1996; Madigan, 2011; White, 1997b). Así, ante este relato, el terapeuta intenta hacer visibles los discursos dominantes, los modelos normativos, los supuestos acerca de la vida y las relaciones, las "verdades oficiales", etc., que sostienen el problema. Se explora la historia de esas ideas y creencias, cómo aparecieron en la vida de la

persona, qué efectos han tenido en ella, y si son útiles o no. La anorexia y la bulimia son un ejemplo paradigmático de un problema basado en ciertos valores y prácticas culturales occidentales, como la importancia de la delgadez, el éxito social juzgado en términos de la apariencia física, o la promoción de la autovigilancia y el individualismo (Morgan, 2000).

Carmen y Pedro acuden a consulta porque Pedro se vuelve a veces "paranoico", con ataques de celos hacia su mujer que generan crisis y desconfianza mutua. Aunque ambos son después capaces de restaurar el clima de confianza y cercanía, reconocen que estas crisis dañan la relación, y últimamente se han vuelto más frecuentes. Al explorar cómo actúa esa Paranoia, vemos que aparece en momentos en que hay menos conexión emocional entre ellos, cuando Carmen está muy ocupada en un nuevo proyecto profesional en su empresa, mientras Pedro, que se quedó en el paro hace dos años, se siente solo y desanimado, intentando sin éxito poner en marcha un negocio. La Paranoia acaba convenciendo a Pedro de que su mujer está insatisfecha con él y que va a encontrar a otro hombre más atractivo y capaz que él. Esta Paranoia se "alimenta", entre otras cosas, del hecho de que esta pareja se sale del guión tradicional sobre los roles del hombre y la mujer, al ser ahora ella la proveedora, o mostrar a veces mayor iniciativa o deseo sexual que él, quien entonces duda también de su masculinidad y capacidad de satisfacerla sexualmente.

La doble escucha: lo ausente pero implícito

El terapeuta narrativo está atento a cualquier señal que apunte a las áreas no problemáticas o deseables en la vida de la persona. Incluso aunque éstas no aparezcan explícitamente en su relato, están de algún modo presentes en lo que en terapia narrativa se denomina "ausente pero implícito", ya que al hablar de algo nos referimos también a las otras experiencias frente a las que hacemos esa distinción o valoración (Carey et al, 2009; Walther y Carey, 2009; White, 2007). Sólo damos sentido a lo que *son* las cosas si las comparamos con lo que *no son*. Por ejemplo, si nos quejamos del aislamiento, es porque tenemos previamente cierto conocimiento o experiencia de lo que es la conexión; si nos sentimos desesperados es porque sabemos algo acerca de la esperanza. Mediante esta "doble escucha", los terapeutas nos interesamos por aquello que

está en el segundo plano de la experiencia de la persona, y que da sentido a lo que está en primer plano: sus expresiones de malestar, dolor, preocupación o quejas en torno al problema. Si alguien nos está hablando del dolor que le ha causado una experiencia traumática, podemos preguntarnos: ¿de qué nos está hablando ese dolor, en cuanto a las creencias importantes acerca de la vida que han sido degradadas o transgredidas?, ¿qué puede indicar en cuanto a lo que la persona considera valioso? La expresión misma del problema es una forma de resistencia o cuestionamiento, ya que si no, la persona simplemente aceptaría esa situación sin asumir que hay alternativas. Por ello, exploramos qué tipo de acción o protesta se ve reflejada en esa queja o a qué se está aferrando la persona: ¿está reclamando algo que valora, defendiendo ciertas creencias acerca de la vida, negándose a verse sometida ante determinadas circunstancias?

Fortalecer las historias preferibles y desarrollar comunidades de apoyo

Cuando se detectan hechos que se salen del guión de la historia problemática, y que conectan con los deseos, valores o preferencias de la persona para su vida, el terapeuta orienta sus preguntas e intervenciones de modo que esa nueva narrativa se fortalezca, se haga más presente y cercana para la persona, y le sirva de guía en sus acciones en el presente y el futuro (Morgan, 2000).

Se promueven en terapia distintos tipos de diálogos o intervenciones destinados a “engrosar” o enriquecer la nueva narrativa. Por ejemplo, en las *conversaciones de reautoría* se conectan las iniciativas actuales de la persona con otros acontecimientos significativos pasados, que reflejaban estos mismos valores o deseos, y que pueden apuntar también a nuevas posibilidades futuras.

En la terapia con Carmen y Pedro exploramos cómo en su pareja, a pesar de los episodios de Paranoia, han conseguido mantener viva la Confianza mutua: ¿en qué otras ocasiones se ha hecho presente?, ¿qué indican estos hechos acerca de lo que es importante para ellos en su relación? También trazamos la historia de la resistencia de Pedro frente a la Paranoia: ¿cuándo ha conseguido esquivarla?, ¿qué destrezas ha puesto en marcha para ello?, ¿cómo le puede servir eso en el futuro?

En las *conversaciones de remembranza* se explora también la relación con otras personas que han sido testigos o partícipes de acciones o valores

importantes para la persona.

En algunas sesiones individuales con Pedro hablamos de su relación con otras personas significativas con quienes ha habido una relación de confianza o valoración mutua, explorando lo que ambas partes han aportado a la relación y cómo se ve él a través de los ojos de esas personas.

Otra forma de enriquecer y reforzar las historias preferibles o alternativas es reclutar testigos o aliados que reconozcan o apoyen estas iniciativas o logros de la persona, de forma que el terapeuta no sea el principal o único testigo (Freeman et al, 2001; Madsen, 2009). Para ello, se invita a la sesión a *testigos externos*, que constituyen una audiencia de esa nueva narrativa.

En el caso de Pedro podríamos invitar a una sesión a su amigo más cercano, un antiguo compañero de estudios, para que sea testigo de los pasos que está dando para mantener la confianza en sí mismo y en otros.

A lo largo de la terapia, o al final, se crean *documentos terapéuticos* que contribuyen a afianzar y hacer pública esa nueva identidad, y que también pueden ser compartidos por otras personas.

En la terapia con Pedro y Carmen, creamos conjuntamente un "Manual Anti-Paranoia", recopilando los pasos que ha dado Pedro individualmente y ambos como pareja para neutralizarla, los propósitos y deseos para su relación que desean tener presentes, y las destrezas y conocimientos que quieren tener a mano ante posibles situaciones de riesgo de Paranoia en un futuro.

3.2. El rol del terapeuta

Los discursos profesionales y el rol de experto

La terapia narrativa nos invita a revisar los discursos profesionales en los que se asienta nuestra práctica, ampliándolos o cuestionándolos cuando no encajen con nuestras formas preferibles de relacionarnos o intervenir con los clientes (Freedman y Combs, 1996; Madsen, 2004; White, 2002b). Por ejemplo, desde los discursos prevalentes sobre el rol del terapeuta, se concibe que un "buen profesional" es el que hace un correcto diagnóstico o evaluación de los problemas, y que sus conocimientos especializados (en psicopatología o en determinadas disfunciones relacionales, por ejemplo), son necesarios para desvelar y resolver el problema. Se recomienda "objetividad", una adecuada distancia emocional, y el uso de un lenguaje preciso y profesional (el

problema es una depresión endógena, la falta de diferenciación, o la sobreimplicación con el hijo), basado en la formación especializada del terapeuta.

El rol del terapeuta que promueve la terapia narrativa es el de un co-investigador del problema (Epston, 2008b), un “experto en hacer preguntas” que ayude a los clientes a conectar y desarrollar sus estilos de vida preferidos. Frente a la actitud tradicional de evaluar las disfunciones o déficits, el terapeuta narrativo se centra en explorar y ampliar las posibilidades. Así, por ejemplo, podríamos considerar poco profesional desde este punto de vista a un terapeuta que únicamente explora el problema, sin conocer bien y establecer una conexión con los clientes basada en sus capacidades, motivaciones y deseos (Madsen, 2004). Frente a las “certezas” de lo que el terapeuta “sabe” sobre el cliente o sobre la terapia en general, se fomenta una actitud de curiosidad frente a lo que “no sabe” y que sólo podrá ir descubriendo conjuntamente con el cliente a medida que plantee ciertas preguntas. Es decir, el conocimiento “experto” del terapeuta es sobre el proceso de la terapia, no sobre el contenido o los significados de determinadas experiencias en la vida de las personas (Freedman y Combs, 1996), o sobre lo que es más adecuado para ellas. Y esto incluye también, por ejemplo, las preferencias de la persona en relación a su familia de origen. Aunque desde el enfoque sistémico tradicionalmente se resalta la importancia de una relación “sana” o “madura” con la familia de origen, en la terapia narrativa no se privilegian las relaciones con la familia de origen por encima de otras relaciones, aunque sí se reconoce la influencia decisiva de las relaciones en la construcción del sentido de identidad de las personas (Russell y Carey, 2004). El foco estará en quiénes considera el cliente que son las personas significativas, evaluar con él el efecto concreto que esas relaciones han tenido en su vida, y guiarnos por sus valores y sus preferencias sobre su vida.

Postura influyente y descentrada

Michael White (2002b, 2005) describió cuatro posibles posiciones del terapeuta, dependiendo de si ejerce una postura influyente o no influyente (el grado en que interviene activamente en el curso de la conversación y del proceso terapéutico) y centrada o descentrada (en función de si son las ideas,

conocimientos o iniciativas del terapeuta o del cliente las que ocupan el centro de la terapia). Cuando el terapeuta ocupa una posición *influyente y centrada*, se convierte en el hábil experto que consigue movilizar al cliente, aunque puede provocar sobrecarga en él y una cierta pasividad o dependencia en la persona que consulta; cuando su posición es *no influyente y centrada*, es fácil que acabe "quemado", intentando sin éxito ayudar a los clientes "resistentes" o cuestionándose su capacidad profesional. A veces puede ocupar una posición *no influyente y descentrada*, que habitualmente no es elegida, desde la que se siente invalidado y sin influencia sobre el proceso de la terapia. En cambio, la postura *influyente y descentrada* es aquella en la que el terapeuta "sitúa a la persona, su experiencia y conocimientos en el *centro* de la terapia y desde ahí le proporciona un "andamio" a través de preguntas y reflexiones que posibilita que las personas (a) describan de forma más rica las historias alternativas de sus vidas, (b) exploren nuevos territorios, y (c) aprecien más de cerca los conocimientos y destrezas de sus vidas que son relevantes para abordar las preocupaciones y problemas que afrontan" (White, 2005).

Figura 2. Postura del terapeuta
(basado en White, 2005)

Postura ética: transparencia y responsabilidad (accountability)

Para White y Epston (recogido en Freedman y Combs, 1996), una postura ética en el terapeuta le lleva a preguntarse acerca de los modelos y prácticas en los que basa su trabajo: este modelo o teoría, ¿cómo ve a las personas?, ¿cómo considera que debe ser el rol profesional?, ¿tiende a aislar a la gente o a crear un sentido de colaboración y comunidad?, ¿qué voces o conocimientos son dominantes en la relación terapéutica?, ¿y qué efecto tienen determinadas prácticas terapéuticas en las personas? Para contrarrestar los procesos sociales en los que se legitiman algunas voces o discursos mientras que se marginalizan otros, Freedman y Combs (1996, p. 266) proponen una postura ética "que valora la experiencia de las personas que se sitúan en los márgenes de la cultura dominante o en la parte inferior de la jerarquía de esa cultura; y toma una postura muy clara a favor de crear espacio para que las voces de esas personas puedan ser oídas, entendidas, y se les dé respuesta".

Para no convertir los comentarios de los terapeutas o de los integrantes de los equipos reflexivos en "verdades oficiales" descontextualizadas, que se sitúan por encima del "conocimiento local" de la persona que consulta, puede ser necesario hacer explícitos o *situar* aquellos aspectos de la experiencia de los profesionales que guían su trabajo, fomentando así la *transparencia* (White, 1994) (por ejemplo, "me ha llamado la atención este comentario del padre puesto que yo también tengo hijos adolescentes", o: "he trabajado con otras familias con hijos adolescentes que pasaban por una situación parecida", o: "le doy mucha importancia a las cuestiones de género y creo que influyen en cómo tratamos a nuestros hijos o hijas"). La postura básica del terapeuta de escuchar y formular preguntas, en lugar de hacer valoraciones o reformulaciones, también contribuye a contrarrestar la diferencia jerárquica que se da en terapia, y a situar las ideas y las respuestas de los clientes en el centro de la terapia.

Otra cuestión ética básica desde el punto de vista de la terapia narrativa es la de guiarse no tanto por seguir determinados modelos o protocolos de intervención, sino por el feedback que nos dan las personas con quienes trabajamos acerca del efecto o utilidad de nuestras intervenciones. Tenemos una *responsabilidad* hacia quienes nos consultan y rendimos cuentas de nuestro

trabajo (*accountability*) frente a ellos: "¿consideras útil esta conversación o hay otros temas de los que preferirías hablar?", "¿qué efecto está teniendo esta conversación/esta sesión/la terapia?".

Dar prioridad al lenguaje y al conocimiento del cliente

La terapia narrativa pretende ser una "contrapráctica" ante las prácticas del "poder moderno" (White y Epston, 1993); una forma de validar la experiencia, el lenguaje y los conocimientos particulares de quienes nos consultan, en la que el terapeuta es el coautor o editor junto con el cliente de ese nuevo relato surgido a partir de su experiencia y sus preferencias. El terapeuta narrativo presta atención al *lenguaje* del cliente y cuando toma notas en sesión, hace preguntas o escribe cartas o mensajes a los clientes, lo hace basándose en las palabras que éstos utilizan para describir su experiencia ("¿cómo llamas tú al problema?; cuando dices que es un trastorno de ansiedad, ¿esas son palabras tuyas, o de otras personas?; ¿cómo llamarías tú a este camino que se abre en tu vida al margen de la ansiedad?"). Las anotaciones del terapeuta en sesión documentan el desarrollo de las nuevas narrativas y se ponen a disposición de los clientes (Hayward y Redstone, 2013; Madigan, 2011), que son la audiencia o público hacia el que van dirigidas. Esto es también una "contrapráctica" frente a los informes o historias clínicas tradicionales, redactados en lenguaje profesional, en los que se evalúa a las personas en función de ciertos estándares, y que son de uso exclusivo para el terapeuta u otros "expertos" (supervisores, directores del servicio) ante los que el terapeuta da cuenta de su trabajo o busca orientación. Para Epston y White (1997), cualquier documento producido durante la consulta (anotaciones, cartas, certificados, grabaciones) es una coproducción entre terapeuta y cliente, aunque éste es el propietario principal. El terapeuta puede tomarlo prestado por un tiempo y para un propósito específico, y si lo comparte con otras personas (por ejemplo, profesionales en formación), suele recoger la retroalimentación de éstos y hacer llegar el feedback a los clientes acerca de cómo les ha resultado útil o lo que han aprendido de ellos.

El terapeuta sitúa en el centro de la terapia no sólo el *lenguaje*, sino los *conocimientos* de los clientes. Explora y documenta estos conocimientos de las personas acerca de sus vidas, de sus relaciones, y de cómo hacer frente al

problema, que han sido "rescatados" o generados en el proceso de la terapia: ¿qué habilidades le han permitido resolver el problema?, ¿cómo puede tenerlas presentes por si el problema vuelve a aparecer?, ¿qué pasos dio para resolver el problema?, ¿qué hizo posible que diese esos pasos?, ¿qué descubrió acerca de cómo operan este tipo de problemas?, basándose en su experiencia, ¿qué consejo podría dar el terapeuta a otra persona o familia que acudiese a consultarlo por un problema similar?, ¿a qué nueva visión de sí mismo ha llegado, diferente de la que tenía en el pasado?, ¿qué posibilidades trae esto para el futuro?, ¿cuáles de estos descubrimientos desearía compartir o dejar disponibles para otras personas? Esto es lo que Epston y White denominan "insider knowledge", el conocimiento adquirido por la persona en relación al problema, que la acaba convirtiendo en experta en el problema y posible asesora de otras personas que pudiesen consultar por situaciones similares (Epston y White, 1997). Así, el final de la terapia se concibe como una celebración que sitúa a los clientes como asesores de sí mismos, de otros clientes y del terapeuta; un reconocimiento del valor de sus conocimientos personales, que disminuye su dependencia del "conocimiento experto" del terapeuta.

4. Estrategias y técnicas

4.1. Externalización y exploración de los acontecimientos extra- ordinarios

Las conversaciones de externalización sirven para poner el problema fuera de la persona, explorar los efectos que ha tenido en su vida, distanciarse de la inmediatez del problema e identificar un lugar no problemático, y basado en las preferencias y valores[1] de la persona, desde el que puede actuar para liberarse del problema. Se contrarresta así la visión negativa de la propia identidad que se deriva de ver el problema como algo que reside en el interior de la persona, y que hace que se vea como disfuncional, débil, ineficaz, inmadura, etc. Al poner el problema fuera, se crea espacio para considerar otras historias alternativas, y se hace más fácil actuar frente a él (Hilker, 2005). Por ejemplo, si alguien dice "soy depresivo", eso implica que debe cambiar algo que no funciona bien en él, mientras que si habla de cómo su vida se ve afectada por la Depresión, "el nubarrón", "el manto de luto", etc., esto le invita a considerar que el problema no es él y que hay determinadas prácticas que

contribuyen a mantener o a alejar la Depresión de su vida.

La externalización reduce la culpa y la vergüenza, dejando en cambio lugar para la responsabilidad. Crea espacio para que las personas tomen una posición en relación al problema, en lugar de sentirse agobiadas por él y facilita que los miembros de la pareja o familia se unan en torno a los problemas y sus efectos, en lugar de distanciarse o enfrentarse entre sí.

La externalización se basa en explorar la relación entre la persona y el problema mediante lo que White y Epston (1993) denominaron originalmente *preguntas de influencia relativa,* y que se dividen en dos partes: en la primera se explora el problema y los efectos e influencia que tiene sobre las distintas áreas de la vida de la persona (la historia problemática), y en la segunda se explora lo que la persona ha hecho o hace para influir sobre el problema y liberarse de él (historia alternativa). Posteriormente White (2004, 2005, 2007) ofreció una descripción más detallada de estas dos partes de la conversación (Statement of Position Map 1 & 2), que describimos a continuación (Hayward, 2013a; Morgan, 2000; Russell y Carey, 2004):

Externalizar el problema

Caracterización del problema. Se describe el problema de una forma que sea cercana a la experiencia de la persona, con sus propias palabras o metáforas. Se trata de ponerlo como algo fuera de la persona, como si fuese un “ente” o incluso un personaje que actúa sobre ella (¿cómo llamarías a este problema?, ¿tienes alguna imagen para describirlo?, ¿tiene tamaño/ forma/ color, etc.?, ¿cómo lo dibujarías?, si esta hoja en blanco representa tu vida, ¿qué parte de esa hoja ocuparía el problema?).

Podemos externalizar las etiquetas diagnósticas tradicionales (la Esquizofrenia[2], la Hiperactividad, la Bulimia…), sentimientos (la Culpabilidad, la Preocupación, los Celos, el Miedo…), problemas relacionales (la Crítica, la Pelea, la Recriminación, la Desconfianza, el Machaque…), determinados discursos o expectativas culturales (el Mito de la Súper-Woman, de la Familia Perfecta, la Homofobia…), o distintos tipos de metáforas (el Agujero Negro, el Encierro, la Nube Tóxica, el Muro de las Lamentaciones…). Con niños (Freeman et al, 2001) se recurre fácilmente a los personajes de cuento (el Lobo Feroz, el Capitán Garfio) o a los dibujos que

representan el problema. Las posibilidades son ilimitadas a partir de la creatividad de terapeuta y cliente.

Conexiones o efectos del problema. Se explora la historia del problema y su influencia en la vida de la persona (¿desde cuándo está presente?, ¿cómo y cuándo apareció?, ¿cómo ha influido en lo que la persona hace, siente o piensa?, ¿cómo ha afectado a sus relaciones?, ¿a su visión de sí mismo?). Se investiga conjuntamente con la persona el *modus operandi* del problema, las estrategias, trucos o engaños mediante los que ha conseguido manejar y dominar la vida de la persona (¿cómo es la "voz" del problema y qué argumentos utiliza?, ¿cómo consigue ser convincente?, ¿cómo consigue "colarse" e instalarse en su vida?). Se pregunta por las intenciones que el problema tiene para la vida de la persona (¿hasta dónde está dispuesto a llegar?, ¿qué pretende conseguir?, ¿qué planes tiene para la vida de la persona?). Asimismo, se investiga el contexto en el que actúa el problema, es decir, las personas, grupos, discursos o creencias o que le sirven de apoyo (Morgan, 2000) (¿cuáles son los modelos implícitos sobre los estilos de vida o la forma de ser, que apoyan el problema?, ¿en qué ideología sobre las personas o sus relaciones se basa?, ¿de dónde provienen esas ideas?).

La posición o valoración de la persona en torno al problema y sus efectos. Habiendo explorado detalladamente los efectos del problema y las posibles pérdidas o limitaciones que ha acarreado en la vida de la persona (Madigan, 2011), le pedimos que tome una posición respecto a ello (¿qué opinas sobre el problema y sus efectos en tu vida?, ¿lo ves como algo positivo, negativo, o quizá ambas cosas?, ¿es algo que quieres que esté más o menos presente en tu vida?).

Valores que justifican esa posición. La última fase de esta conversación ayuda a hacer explícitas las razones por las que la persona toma esa posición frente al problema, conectándola con aquello que es valioso o importante para ella (¿qué hace que tomes esta posición?, ¿por qué quieres estar al mando de tu vida en lugar de que el problema siga dirigiéndola?, ¿qué deseos tienes para tu vida, que van en contra de las intenciones del problema?, ¿qué refleja esto acerca de lo que es importante para ti?).

Eduardo es un escritor de 45 años que acudió a consulta porque se sentía

“hundido en un pozo de autocrítica y autodestrucción”, en una crisis personal que se desencadenó a raíz de una mala experiencia laboral y que le generaba una permanente sensación de aislamiento y desconexión del mundo. Describió el problema como “estar encerrado en la Cárcel de mi propia cabeza”, y eso, que en ocasiones le ayudaba a crear mundos imaginarios que luego plasmaba en sus relatos, ahora le hacía sentirse paralizado y sin vitalidad. El Perfeccionismo, vinculado a la imagen todopoderosa de su madre, una escritora de éxito, le castigaba a seguir en la Cárcel, pero Eduardo no había perdido del todo la esperanza de encontrar una salida. Hablamos entonces de qué posibilidades se abrirían para él si conseguía escaparse de la Cárcel, y qué otro lugar le gustaría habitar, que estuviese más en sintonía con la vida que deseaba.

Explorar los acontecimientos extraordinarios

La co-construcción de una historia alternativa se hace a partir del diálogo que explora los acontecimientos extraordinarios (*unique outcomes*). Éstos son las acciones de la persona, planes, deseos, sentimientos, capacidades, compromisos, creencias, logros, etc. que contradicen o se sitúan al margen de la influencia del problema (Morgan, 2000). A partir de hechos quizá aislados o poco visibles, pero que podrían ir en la dirección del tipo de vida preferible para la persona, el terapeuta establece un tipo de diálogo que contribuye a “engrosar” esta nueva trama, a otorgar significado a esos acontecimientos y explorar sus conexiones e implicaciones para la vida de la persona.

En este tipo de conversación, nos guiamos por un mapa similar al anterior. Los pasos consisten en: (1) *Caracterizar esa acción o iniciativa*. Preguntamos por áreas de la vida de la persona libres de la influencia del problema, o situaciones en las que llevó a cabo iniciativas con las que está satisfecha. Describimos esas excepciones al problema y buscamos un nombre para esta posible historia alternativa. (2) *Explorar las conexiones o efectos de esa iniciativa.* Averiguamos qué pasos previos o qué ideas hicieron posible este acontecimiento; cómo se preparó la persona para ello; qué o quiénes contribuyeron a ello; qué efecto ha tenido esta acción en cómo se siente o se ve a sí misma la persona, o en su entorno. (3) *Pedir a la persona que tome una posición frente a esta iniciativa y sus efectos:* ¿lo ve como algo positivo?, ¿le

gustaría que ocurriese con más frecuencia en su vida? El último paso es (4) *Explorar los valores que justifican esa posición*. ¿Por qué hace la persona esa valoración?, ¿tiene que ver con otras cosas que son importantes para ella?, ¿cómo encaja en términos de lo que la persona desea, prefiere o da prioridad en su vida?

A lo largo de la terapia con Eduardo revisamos las expectativas, relaciones, creencias, etc. que le mantenían encerrado, y las ocasiones en su vida en que recuperaba el movimiento y las ganas de vivir. Algunas de esas acciones liberadoras fueron su "dimisión" del papel de mediador entre su madre y su hermano, y también el hecho de pintar su casa y cambiar la decoración, descartando los muebles antiguos que habían pertenecido a su familia. En ambos casos, hablamos de cómo fue posible para él dar estos pasos, el impacto positivo que estas iniciativas tuvieron en su vida (sentirse más ligero, salir de su cabeza), y su conexión con lo que era importante para él: descargarse de lo que no es suyo y reclamar su libertad.

4.2. Conversaciones de reautoría

Una vez detectado un acontecimiento significativo reciente, las conversaciones de reautoría (*re-authoring*) se utilizan para enriquecer y contextualizar la nueva narrativa, desarrollando una *secuencia temporal* que construye la historia de ese acontecimiento e identifica posibles acciones futuras que estarían en consonancia con esa nueva narrativa (Russell y Carey, 2004). Las iniciativas actuales se conectan con otros acontecimientos pasados y posibles acciones futuras, que también se sitúan fuera de la historia problemática (*panorama de acción*); y por otro, se explora y amplia su significado, conectándolo con las cualidades personales, preferencias, deseos, creencias, destrezas, conocimientos, etc., de la persona (*panorama de identidad*) (White, 2007).

El *panorama de acción* explora los acontecimientos o acciones: qué ocurrió, cuándo, cómo, con quién, qué pasos dio la persona, cómo se preparó para ello, en qué se asemeja o difiere de otras acciones que ha emprendido, en qué otras ocasiones ocurrió o hizo algo similar. El *panorama de identidad* consiste en otorgar significado a esas acciones, invitando a la persona a considerar qué implicaciones tienen estos hechos situados en su visión de su identidad. Se

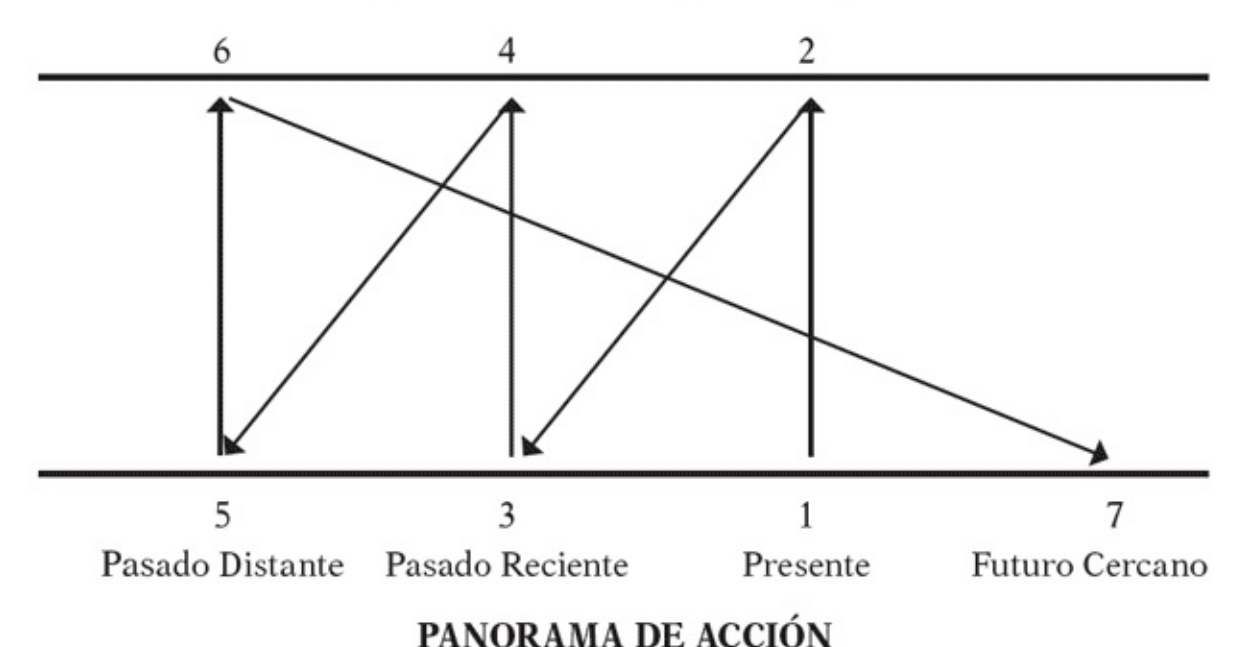
hacen aquí preguntas de lo que se denominan “estados intencionales de identidad” (White, 2007): ¿cuál era tu intención al hacer eso?, ¿por qué eso es algo importante?, ¿qué pretendías con ello?, ¿cuáles serían tus esperanzas o deseos si eso se mantuviese en tu vida?, ¿qué crees que dice esto de ti como persona?

Dolores es una madre soltera de 55 años que convive con Irene, su hija de 20 años y con sus padres mayores y enfermos. La relación familiar es muy conflictiva, especialmente entre Dolores y su madre. Ésta se muestra muy crítica con Dolores y la culpa de los problemas de conducta y fracaso escolar de Irene. Dolores vive con una sensación de fracaso e impotencia, preocupada permanentemente por los problemas de relación con su madre y con su hija. Le resulta muy difícil enfocarse en otros aspectos de su propia vida. A pesar de ello, este verano, en lugar de acompañar a sus padres o hacer el plan habitual de vacaciones con la hija para visitar a sus primos, contactó con una amiga de la infancia y se fue a visitarla a la República Dominicana. A la vuelta estaba feliz y sonriente, satisfecha de haber tomado esta iniciativa. Dado que era fácil que esta excepción (hacer algo positivo por sí misma) quedase pronto olvidada, exploramos su historia y significado.

Siguiendo la numeración del esquema que aparece en la Figura 3, vemos que el inicio de la conversación de reautoría (1) es habitualmente un acontecimiento presente que la persona considera positivo o en la dirección del cambio que desea (*en el caso de Dolores, organizarse un plan agradable de vacaciones*). Exploramos su significado (2): ¿Qué es importante para la persona en relación a esa acción o iniciativa?, ¿qué significa para ella?, ¿cuál es su intención al hacerlo?, ¿qué intenciones o deseos le guían? (*quería por una vez hacer algo independientemente, desconectar y pasarlo bien; pensar más en sí misma y preocuparse menos por su familia; tomar sus propias decisiones*). A partir de ahí, una posible ruta a seguir, reflejada en el esquema, sería (3) preguntar por otro ejemplo de algo similar que la persona hizo anteriormente, que refleje quizá esa misma intención o deseo (*hace un mes fue a darse un masaje, un día que estaba muy estresada y le dolía la espalda*). Exploramos de nuevo su significado (4): ¿qué movió entonces a la persona a llevar a cabo esa acción?, ¿qué era importante para ella? (*quería cuidarse un*

poco; hacer algo que le ayudase a sentirse bien y quitarse tensión, ya que le gustaría sentirse así más veces; cree que se merece disfrutar de la vida); le pedimos que describa otro ejemplo anterior (5), de su pasado más remoto, que esté conectado de alguna forma con estas mismas intenciones o valores (*cuando era más joven disfrutaba con sus amigos escuchando música o conversando; recuerda que con ellos tenía mucho sentido del humor, a pesar de que en casa las peleas con su madre eran terribles*), y nuevamente exploramos su significado (6), por ejemplo, ¿qué podría haber dicho un observador entonces, acerca de lo que esto indicaba de uno como persona? (*buscaba la cercanía de los amigos y no dejaba que los problemas le impidiesen disfrutar de lo bueno de la vida*). Y finalmente, nos preguntamos por el futuro (7): ¿qué pasos futuros, qué posibilidades se abren para su vida a raíz de estos pasos?, ¿qué es lo siguiente en su vida si continúa en esta misma dirección? (*mantenerse en contacto con sus amistades; tener más momentos de disfrute*).

Figura 3. Conversaciones de reautoría
(basado en White, 2007)



4.3. Conversaciones de remembranza

Michael White comenzó a utilizar el término *re-membering* que había sido inicialmente acuñado por la antropóloga Barbara Myerhoff, para referirse a

ciertas prácticas de recuerdo (*remember*) de personas significativas que nos ofrecen la posibilidad de revisar quiénes son los miembros (*member*) de nuestro "club de vida", formado por las personas significativas del pasado, presente y del futuro imaginado, que de una u otra forma han contribuido a la construcción de nuestra identidad (White, 2007). A través de estas conversaciones, se ofrece la posibilidad de hacer una revisión o reorganización activa de los miembros del club, dando un especial lugar o relevancia a algunos de ellos, mientras que quizá se relega a un estatus inferior a quienes no deseamos tener tan presentes (Russell y Carey, 2004). Los miembros de nuestro "club" pueden también ser personas que han muerto, otras a las que no llegamos a conocer, como por ejemplo autores de libros o personajes históricos, o incluso personajes de ficción que representan algo valioso o significativo para nosotros (White, 2002b).

Las conversaciones de remembranza sirven para subrayar un conocimiento, destreza o acción que la persona está emprendiendo en su vida, recordando a quienes pudieron haber intervenido en el comienzo de esa forma de actuar, pensar, sentir, etc., o a quienes han sido partícipes de situaciones a lo largo de la vida en las que la persona mostró esas capacidades. Así, se vinculan las vidas de las personas a través de valores, conocimientos, destrezas, etc. compartidos. También podemos facilitar este tipo de conversación como una especie de antídoto ante la visión de uno mismo muy negativa, de forma que la persona pueda verse a sí misma a través de la mirada más positiva del otro y sienta más la presencia de esa persona en su vida (Morgan, 2000; Russell y Carey, 2004).

Los pasos a seguir y tipos de preguntas a realizar en este tipo de conversaciones son los siguientes (Redstone, 2013; White, 2002b; 2007):

Identificar un hecho significativo. La persona describe algo que ha hecho que considera positivo. Se explora ese hecho, y los valores que representa. "¿Esto encaja con algo que sea valioso o importante para ti?".

Identificar a una figura significativa con la que está conectada porque ha compartido o sido testigo de esas acciones o comparte valores similares. "¿Quién más lo sabe?, ¿puedes pensar en alguien en el presente o el pasado que comparta contigo estos valores o deseos?, ¿quién se sorprendería menos

si escuchase que no te dejaste dominar por este problema?, ¿qué persona que te conoció en la infancia se sorprendería menos de este logro que has conseguido?”. Una vez identificada esa persona, preguntaríamos acerca de ella y de lo que significa o ha significado esa relación.

Explorar la contribución de esa figura significativa a la vida e identidad de la persona, cómo se ven la identidad y los propósitos de la persona para su vida a través de los ojos de esa figura. “¿Cómo ha contribuido esta persona a tu vida?, ¿cuándo crees que se dio cuenta de que tenías estas aspiraciones o deseos para tu vida?, ¿qué vio esta persona en ti, que quizá otros no apreciaron?, ¿qué valoraba en ti?, ¿cómo contribuyó la relación con esta persona a tu visión de ti mismo?”.

Explorar la contribución de la persona a la vida e identidad de esa figura significativa. “¿Qué crees que pudo haber en ti que contribuyó a que esta persona se interesase por ti?, ¿cómo has contribuido tú a su vida?, ¿qué crees que puede significar para ella la relación contigo?, ¿qué implicó para esta persona la ayuda que tú le diste o el hecho de que tú recibieses y valorases la ayuda que ella te dio?, ¿qué pueden haber supuesto para ella las experiencias o aprendizajes que habéis compartido?, ¿cómo se conectaría eso con los valores que esta persona tiene para su vida?”.

Implicaciones para el presente y el futuro. “¿Habría quizá ciertos aspectos de tu vida ahora que son un testimonio de los valores o propósitos que compartiste con esa persona?, ¿en qué forma sigue presente esa persona en tu vida?, ¿cómo sería para ella haber sido testigo de esta conversación?, ¿qué podría significar para ella el hecho de saber que estos valores que compartís siguen presentes en tu vida?, ¿de qué forma la influencia de esta persona podría extenderse a otras personas y a otras áreas de tu vida en el futuro?”.

4.4. Trabajo con testigos externos y ceremonias de definición

El trabajo con testigos externos (*outsider witnesses*) es una variante de la técnica del equipo reflexivo (Andersen, 1994; Friedman, 1995), desarrollada por Michael White (2000; 2002a) e inspirada en el trabajo de Barbara Myerhoff. Propone que en terapia se pueden implementar prácticas que sirvan como “ceremonias de definición” que contribuyan a validar y fortalecer las historias de los clientes. En estas ocasiones, el terapeuta entrevista al cliente en

presencia de un grupo de testigos externos, que luego a su vez exponen sus impresiones sobre lo que han escuchado. Los testigos externos pueden ser otros terapeutas, familiares o amigos del cliente, o personas que han tenido experiencias similares a las que éste está viviendo (antiguos clientes que se ofrecen como voluntarios). El objetivo de este tipo de ceremonias es hacer más significativa y rica la narrativa de la persona, conectándola con las historias y diferentes perspectivas de quienes participan como audiencia de este relato (Tarragona, 2006).

Las prácticas de los testigos externos actúan en contra de los efectos de aislamiento que suelen tener los problemas. "La terapia narrativa se basa en la idea de que las historias que contamos sobre nosotros mismos no son privadas e individuales, sino un hecho social. Es difícil mantener una identidad en aislamiento: buscamos a otras personas que reflejen aquellos aspectos de nosotros que queremos reclamar como nuestros (...). Los testigos externos nos ayudan a conseguir estos dos propósitos: el reconocimiento de nuestra identidad como válida, y compartir historias acerca de lo que es importante para nosotros. De esta forma, las personas con quienes trabajamos pueden experimentar esa identidad preferible dentro de una comunidad de apoyo" (Hugh Fox, citado en Russell y Carey, 2004, p. 67).

Las sesiones con testigos externos siguen tres fases: (1) El terapeuta entrevista al cliente mientras los testigos externos escuchan. (2) Posteriormente los testigos externos hablan con el terapeuta mientras el cliente escucha. (3) Finalmente, el terapeuta entrevista al cliente para saber cómo fue para él escuchar a los testigos.

Cuando en la segunda fase el terapeuta entrevista a los testigos externos, se suele seguir este esquema desarrollado por Michael White (Redstone, 2013; White, 2005; 2007):

Identificar la expresión. "Al escuchar la historia que relata la persona, ¿qué palabras o frases te llamaron la atención?".

Describir la imagen. Especulaciones acerca de lo que este relato refleja sobre la identidad y lo que es valioso para la persona. "¿Qué imagen de la persona evoca en ti esto que te ha llamado la atención?, ¿qué podría indicar en cuanto a sus creencias, deseos, compromisos, o lo que es importante para ella?, ¿se te

ocurre alguna imagen o metáfora?”.

“Situar” las propias respuestas. Resonancia. “¿Qué hace que esas determinadas palabras, expresiones o imágenes de la persona te llamen la atención?, ¿cómo conectan con cosas que son importantes para ti?, ¿qué aspectos concretos de tu propia experiencia podrían resonar con lo que la persona ha relatado o las imágenes que ha evocado en ti?”. Al explorar estas cuestiones, se hace explícito que los comentarios de los testigos provienen de su propia experiencia vital, y que no son “verdades” acerca de la persona que consulta.

Impacto o movimiento. “¿Cómo ha sido para ti la experiencia de conectarte con esta persona así?, ¿cómo afecta tu forma de pensar?, ¿qué ha confirmado, desafiado, a qué te ha recordado o qué ha hecho más presente para ti?, ¿qué te ha aportado esta experiencia, qué se ha movido en ti, que de otra forma no hubiese ocurrido?, ¿en qué forma marca una diferencia en ti el hecho de haber escuchado este relato y haber participado en esta conversación?, ¿cómo podrías recordar esto o tenerlo presente en tu vida?”.

En la última fase de la entrevista el terapeuta habla con la persona acerca de lo que le ha llamado la atención, qué se lleva de esta experiencia, y cómo podría trasladarlo a otras áreas de su vida.

4.5. Documentos terapéuticos

“A medida que las personas asumen más activamente el papel de autoras y editoras de sus vidas y relaciones, hay ciertos conocimientos acerca del problema y de sus preferencias de vida que se manifiestan más claramente. Emergen nuevas historias mientras que la historia dominante pierde fuerza. Los documentos terapéuticos dejan constancia de esas preferencias, conocimientos y compromisos, de forma que la persona puede volver a acceder a ellos en cualquier momento” (Morgan, 2000, p. 85). Estos documentos suelen elaborarse conjuntamente entre terapeuta y cliente, y habitualmente se incluyen en la terapia cuando las personas dan pasos significativos o cuando quieren celebrar algún logro. Sirven para documentar sus avances, registrar determinados conocimientos que quieren tener más presentes, divulgar las noticias o las historias preferibles a otras personas en la familia o en el entorno, o como parte del rito de paso del final de la terapia

(Freeman et al, 2001; Fox, 2003). Los documentos terapéuticos pueden ser de diversos tipos:

Cartas. White y Epston (1993; Epston, 2008b) fueron pioneros en el uso de distintos tipos de cartas terapéuticas que el terapeuta envía a la persona o familia después de reunirse con ellos. Las más utilizadas son las cartas que resumen la sesión: recogen los temas que se han tratado (utilizando las palabras o expresiones de la persona que consulta), documentan la posición que asume en relación al problema y los pasos o aprendizajes que contribuyen a una nueva narrativa, plantean nuevas preguntas del terapeuta, invitan a la persona a reflexionar sobre el significado o la implicación de sus acciones y subrayan conocimientos o logros que de otra forma podrían quedar relegados. En una investigación clínica informal realizada por White y Epston con sus clientes, éstos valoraron que la efectividad de una carta terapéutica equivalía a la de unas 4,5 sesiones de terapia, y consideraron que entre el 40% - y el 90% de los resultados positivos de la terapia se debían a las cartas (Freeman et al, 2001).

Queridos Pablo y Marisa,

Os envío un resumen de nuestra última sesión, con algunas ideas y preguntas que me han surgido.

Ambos habéis identificado que la Exigencia lleva mucho tiempo presente en vuestras vidas. Para Pablo tiene que ver con cumplir sus deberes y ser trabajador, y para Marisa, con hacer que las relaciones vayan bien, "poder con todo" y poner buena cara. ¿Qué lugar queréis que siga ocupando la Exigencia en vuestra relación? ¿Trae determinadas ideas o imágenes de cómo debéis ser como pareja? Últimamente habéis dado pasos para liberaros de la Exigencia y reclamar más disfrute en la relación. ¿Qué puede pasar si Pablo sigue liberándose de la dictadura de las normas y Marisa deja de hacerse cargo de las responsabilidades de otros? ¿A dónde os puede llevar esto?

Por otro lado, ambos reconocéis áreas en las que seguir avanzando y otras en las que ya hay un camino recorrido. Me habéis dicho que veis más coincidencias y menos discrepancias entre vosotros en el día a día, hacéis más cosas juntos, hay más escucha y entendimiento, más cariño, una actitud menos crispada y más reposada de uno con el otro, más flexibilidad y menos rigidez y

mayor capacidad de ponerse en el lugar del otro. A partir de aquí, ¿qué ambicionáis los dos para la relación?, ¿hacia dónde queréis seguir avanzando, y por qué?

Vuestra acompañante en el camino,

Alicia

Documentos sobre la identidad o sobre los conocimientos de la persona. Estos documentos pueden ser muy útiles para personas que corren el riesgo de perder de vista sus identidades preferibles (cómo se ven a sí mismas ahora) o los conocimientos y destrezas que han adquirido (qué han aprendido a hacer para salir del territorio del problema), pero que puede que no tengan presentes en momentos críticos, justamente cuando más los pueden necesitar (Fox, 2003). Reflejan las palabras de la persona, y el terapeuta actúa como un testigo que comparte y subraya estos conocimientos. Esto se puede a veces resumir en un texto breve, una o varias frases, que la persona llevaría consigo, por ejemplo, en una tarjeta en su bolsillo. A veces pueden escribirse con la intención de compartir esta nueva posición o compromisos con otras personas significativas, y en este caso se denominarían *documentos de circulación* o declaraciones.

En la terapia con Marta, que acudió a consulta por el dolor y la ansiedad que le causó la ruptura de su relación de pareja, apuntamos aquellos aprendizajes que ella considera importantes y que luego se escribe en el móvil, para volver a leer estos mensajes para sí misma en momentos difíciles: "Mi valor como persona no depende de otros"; "Aunque haya cometido errores en la relación, puedo perdonarme"; "No es responsabilidad mía conseguir que el otro cambie".

Documentos como rito de paso. En algunos momentos clave, o cuando concluye la terapia, se pueden elaborar certificados que conmemoran los avances conseguidos. En estos certificados se utiliza habitualmente el nombre que se ha dado a la historia alternativa ("el Camino de la Autoafirmación", "liberarse de la Ansiedad"…) y se reconocen las destrezas, cualidades, deseos, esperanzas, acciones, afirmaciones, competencias o preferencias que se han descubierto en el transcurso de la terapia (Morgan, 2000). *Por ejemplo, al acabar la terapia con Pilar, redactamos un certificado para celebrar su*

“Declaración de Libertad, dejando atrás la dictadura de la Culpa; Pilar declara que ella es su propia autoridad para tomar decisiones en su vida. Se compromete a mantener una relación de Cuidado y Respeto hacia sí misma y a ignorar la llamada de la Culpa para intentar complacer a todo el mundo”.

5. Lecturas recomendadas

WHITE, M. y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa. El libro más conocido de White y Epston, imprescindible para quienes quieran conocer este enfoque. Incluye una primera parte teórica, una descripción detallada de la práctica de la externalización, y una amplia recopilación de distintos tipos de documentos terapéuticos que muestran la creatividad, humildad y compromiso de Epston y White como co-autores de las nuevas narrativas de sus clientes.

WHITE, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: W.W. Norton and Co. En el último libro que publicó, Michael White nos ofrece varios mapas y ejemplos detallados para guiarnos en las conversaciones de externalización, reautoría, remembranza, ceremonias de definición, conversaciones de andamiaje y de exploración de los acontecimientos extraordinarios.

RUSSELL, S. y CAREY, M. (2004). *Narrative therapy: responding to your questions*. Adelaide: Dulwich Centre Publications. Se trata de un libro muy útil, en el que estas dos terapeutas australianas y colaboradoras de Michael White recopilan una serie de artículos en los que dan claves para llevar a la práctica las principales estrategias de intervención de la terapia narrativa y aclaran algunas cuestiones teóricas como la relación de la terapia narrativa con el post-estructuralismo o el feminismo.

FREEDMAN, J. y COMBS, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Nueva York: Norton & Norton. Un buen libro de referencia sobre el enfoque narrativo, que describe las bases teóricas y las destrezas terapéuticas narrativas, incluyendo muchos ejemplos detallados de entrevistas y distintos tipos de intervenciones.

MORGAN, A. (2000). *What is narrative therapy?* Adelaide: Dulwich Centre Publications. Un libro breve, muy práctico y recomendable para conocer las herramientas básicas de intervención de la terapia narrativa, especialmente

todo lo relacionado con las prácticas de externalización.

Bibliografía

ANDERSEN, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.

ANDERSON, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

ANDERSON, H. y GEHART, D. (Eds.) (2007). *Collaborative therapy. Relationships and conversations that make a difference*. Nueva York: Routledge.

ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H. (1995). "El cliente es el experto: un enfoque de la terapia del no-saber". *Sistemas Familiares*, diciembre 1995, p. 9-21.

BEELS, C.C. (2009). "Some historical conditions of narrative work". *Family Process*, 48 (3): 363-378.

CAREY, M., WALTHER, S. y RUSSELL, S. (2009). "The absent but implicit: a map to support therapeutic enquiry". *Family Process*, 48 (3): 319-331.

DENBOROUGH, D. (2008). *Collective narrative practice*. Adelaide: Dulwich Center Publications.

DICKERSON, V. y ZIMMERMAN, J. (1996). *If problems talked: narrative therapy in action*. Nueva York: The Guilford Press.

EPSTON, D. (2008a). "Saying hullo again: remembering Michael White". *Journal of Systemic Therapies*. 27 (3): 1-15.

——— (2008b). *Down under and up over: travels with narrative therapy*. Warrington, England: AFT Publishing Ltd.

EPSTON, D. y WHITE, M. (1997). "Asesorar al asesor. La documentación del conocimiento alternativo". En WHITE, M. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa. Cap. 12, p. 203-217.

FOX, H. (2003). "Using therapeutic documents: a review". *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4: 25-35.

FREEDMAN, J. y COMBS, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. Nueva York: Norton & Norton.

FREEMAN, J., EPSTON, D. y LOBOVITS, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.

FRIEDMAN, S. (Ed.) (1995). *The reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy*. Nueva York: The Guilford Press.

HAYWARD, M. (2009). "Is narrative therapy systemic?". *Context*, Octubre 2009, p. 13-16.

———— (2013a). "Externalizing conversations. Statement of Position Map 1 and 2". *Level One Intensive in Narrative Practice*. The Institute of Narrative Therapy. Londres, abril 2013.

———— (2013b). "Scaffolding distance: a map of maps". *Level Two Intensive in Narrative Practice*. The Institute of Narrative Therapy. Londres, noviembre 2013.

HAYWARD, M. y REDSTONE, A. (2013). "Narrative therapy and the practices of power". *Level One Intensive in Narrative Practice*. The Institute of Narrative Therapy. Londres, abril 2013.

HILKER, C.F. (2005). *Making trouble for problems: therapeutic assumptions and research behind the narrative practice of externalizing conversations*. Tesis doctoral presentada en Argosy University (California). En: www.narrativeapproaches.com

MADIGAN, S. (2011). *Narrative Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

MADSEN, W.C. (2004). "Sustaining a collaborative clinical practice in the "real" world". En MADIGAN, S. (Ed.). *Therapy from the inside out*. Vancouver: Yaletown Family Therapy.

———— (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. Nueva York: Guilford Press.

———— (2009). "Collaborative helping. A practice framework for family-centered services". *Family Process*, 48: 103-116.

———— (2011). "Collaborative helping maps: a tool to guide thinking and action in family-centered services". *Family Process*, 50 (4): 529-543.

MALINEN, F. (2011). *Masters of narrative and collaborative therapies. The voices of Andersen, Anderson and White*. Nueva York: Routledge.

MORGAN, A. (2000). *What is narrative therapy?* Adelaide: Dulwich Centre Publications.

NICHOLS, M.P. y SCHWARTZ, R.C. (1998). *Family therapy. Concepts and*

methods. Nueva York: Allyn and Bacon.

PAKMAN, M. (1999). "Designing constructive therapies in community mental health: poetics and micropolitics in and beyond the consulting room". *Journal of Marital and Family Therapy*, 25 (1): 83-98.

——— (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.

PARRY, A. y DOAN, R.E. (1994). *Story re-visions. Narrative therapy in the postmodern world*. Nueva York: The Guilford Press.

PAYNE, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.

REDSTONE, A. (2013). "Re-membering conversations. The re-population of identity". *Level One Intensive in Narrative Practice*. The Institute of Narrative Therapy. Londres, abril 2013.

RUSSELL, S. y CAREY, M. (2004). *Narrative therapy: responding to your questions*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

SLUZKI, C. (1998). "Transformaciones: un esquema acerca de los cambios narrativos en la terapia". *Sistemas Familiares*, año 14, nº 2, pp. 11-24.

——— (2006). "Victimización, recuperación y las historias con 'mejor forma'". *Sistemas Familiares*, Año 22, nº 1-2.

TARRAGONA, M. (2006). "Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones". *Psicología conductual*, 14 (3): 511-532.

WALDEGRAVE, C. (2005). "'Just therapy' with families of low incomes". *Child Welfar*e, Vol. 34, nº 2, 265-276.

WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P. y SILVERSTEIN, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.

WALTHER, S. y CAREY, M. (2009). "Narrative therapy: difference and possibility: inviting new becomings". *Context*, octubre 2009, p. 3-8.

WHITE, C. (2009). "Where did it all begin? Reflecting on the collaborative work of Michael White and David Epston". *Context*, octubre 2009, p. 59-60.

WHITE, M. (1997a). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

——— (1997b). “Deconstrucción y terapia”. En WHITE, M. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa. Cap. 1, p. 19-56.

——— (2000). “Reflecting teamwork as a definitional ceremony revisited”. En WHITE, M. *Reflections on narrative practice: essays and interviews*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

——— (2002a). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

——— (2002b). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

——— (2005). “Distinctions between traditional power and modern power”. *Workshop notes*. Descargado de www.dulwichcentre.com.au

——— (2007). *Maps of narrative practice*. Nueva York: W.W. Norton and Company.

——— (2011). *Narrative practice. Continuing the conversations*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

WHITE, M. y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.

WOOD, A. (1997). “Más allá del conocimiento del experto”. Entrevista con Michael White. En WHITE, M. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa, p. 219-236.

1 . Cuando en terapia narrativa hablamos de valores, nos referimos a aquello a lo que la persona da valor o considera importante en su vida, y no tanto a lo que socialmente se puedan considerar valores, como la justicia, la honradez, etc.

2 . Lo ponemos en mayúscula como si fuesen los nombres de personajes.

III

El terapeuta sistémico

14

El trabajo sobre la familia de origen del terapeuta

Alberto Espina Eizaguirre

Índice de contenidos

1. Introducción

Nuestra personalidad se va conformando, principalmente, en el seno de las relaciones familiares. En la familia realizamos procesos identificativos que van sentando los cimientos para edificar nuestra propia identidad, aprender a pensar, a sentir, a actuar, modos de vinculación y modelos de relación. A la vez vamos construyendo nuestro mundo interno en el cual está muy presente la familia interna. Klein (1952) hablaba de los *ciudadanos del mundo interno* al referirse a los objetos introyectados que pueblan nuestra mente. Dicho de otra manera, las percepciones que tenemos de las personas significativas, junto con el estilo de relación que mantenemos con ellas van formando parte de nuestro bagaje interior, a modo de imágenes fantasmáticas que nos acompañan y con las que interactuamos internamente. Todo esto ocurre principalmente a nivel inconsciente, pero un reflejo de ello se da a nivel consciente; por ejemplo, cuando discutimos con alguien y después hacemos un debate interno con esa persona en la que argumentamos, a veces en voz alta estando solos, lo que no pudimos argumentar en el momento de la discusión (las películas de Woddy Allen ilustran muy bien esos procesos).

Por otra parte existe nuestra familia externa, la real, compuesta por la extensa, la de origen y la actual si nos hemos emancipado y construido nuestra propia familia. Con esas interactuamos a nivel "real" pero las conexiones que establecemos a ese nivel conectan con la familia interna, nuestras experiencias pasadas, y puede haber cortocircuitos. Por ejemplo, una joven pareja tiene un hijo, la madre se vuelca en el niño y el marido se comporta como si fuera un niño abandonado por la llegada de un rival. Revive en el presente situaciones pasadas no elaboradas, el sentimiento de exclusión al nacer su hermano, y actúa desde ahí. Estas conexiones suceden en todas las personas, y pueden ser más o menos normales, crear más o menos conflictos y sufrimiento.

¿Qué importancia tiene todo esto para la formación del terapeuta familiar?

Trabajar con familias implica interactuar con ellas, *danzar* como decía Whitaker (1988), y esa danza puede ser armónica, fluida, o ir a trompicones. En otras palabras, podemos conectar bien con la familia, aceptarla y ser acepado por ella, todo lo cual ayuda a construir la alianza terapéutica que permitirá el desarrollo del proceso terapéutico, o, por el contrario, sentir

rechazo hacia la familia o alguno de sus miembros, lo cual dificultará o impedirá ese proceso. Por ejemplo, acude a terapia una familia en la que el padre es muy autoritario y la madre sobreprotectora, lo cual hace que los hijos presenten problemas en su desarrollo. Si el terapeuta ha vivido en su propia familia una situación semejante, alguno de sus padres se comportaba igual, es probable que tenga dificultades de empatizar con esos padres y que se posicione con los hijos como *víctimas* al igual que siente que él lo fue. La terapia, muy probablemente, fracasará.

En el campo de la terapia familiar varios autores han realizado aportaciones teóricas sobre la familia de origen que han servido de base para comprender las relaciones familiares actuales. Ainsworth y Bell (1970), y Bowlby (1969, 1973, 1980), desde el psicoanálisis y la etología, hablaron del lazo afectivo que se establece entre el niño y las personas de su entorno cercano y que le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas. Estos autores llaman *apego* a este vínculo afectivo que se caracteriza por: esfuerzos por mantener la proximidad, mantener un contacto sensorial privilegiado, exploración del mundo desde la figura de apego como base segura, ansiedad ante la separación y sentimientos de desolación ante la pérdida. Llamaron al vínculo adecuado *apego seguro*, en el cual el cuidador principal, generalmente la madre, percibe, interpreta y responde adecuadamente a las demandas del niño. La relación es cálida y la madre emite respuestas coherentes. Desde la Escuela Psicoanalítica del Yo (Mahler, 1968, 1975; Mahler, Pine y Bergman, 1977) se propuso la teoría del *proceso de separación-individuación* con la que se abordaba el desarrollo del infante humano, desde el nacimiento hasta la individuación. Estas teorías serán recogidas por terapeutas familiares para entender el proceso de vinculación e individuación en familias y parejas.

Bowen (1978) habló del proceso de *diferenciación del self*, referido al grado en que el sujeto permanece o no separado del otro. Boszormenyi-Nagy y Framo (1965) también aplican a las relaciones familiares los conceptos de límites, simbiosis e individuación. Boszormenyi-Nagy y Sparks (1973) desarrollan una teorización basada en la conciencia moral, el Superyó e Ideal del Yo, aplicado a la familia. Estos autores hablan del *libro de cuentas familiar* para referirse a un sistema multigeneracional de obligaciones y deudas que

deben pagarse con el tiempo. Otros autores profundizan en las relaciones familiares desde la perspectiva transgeneracional (Framo, 1965a, 1965b, 1970, 1996; Stierlin, 1975).

Al conocer las relaciones familiares a la luz de su historia temprana e intergeneracional podemos entender cómo la persona y sus relaciones actuales se asientan en esa base que da sentido y forma a su existencia. "A nivel de la intervención, este planteamiento permite abordar problemas no resueltos y demandas insatisfechas que se trasmiten de generación en generación a la espera de una solución" (Espina, 2010, pág. 77).

En la formación de terapeutas familiares se incluye el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta (FOT), debido a que el conocimiento de sus propias relaciones familiares les ayuda a acompañar a las familias en el proceso de descubrimiento de sus historias familiares, no dejándose llevar por sus *reacciones contratransferenciales* (las conexiones emocionales que se establecen entre la familia que trata y su propia familia interna).

2. La familia de origen del terapeuta (fot)

La formación en terapia familiar incluye varios apartados: teórico-técnico, clínico (observando terapias, revisando casos…), supervisión y trabajo experiencial. Este último puede incluir terapia personal, entrenamiento de la sensibilidad, juego de roles y el trabajo con la familia de origen (Kniskern y Gurman, 1979).

Bowen (1972) estudió durante años su propia familia y realizó una intervención, gracias a la cual pudo "diferenciarse" e introducir cambios importantes en sus relaciones familiares. La presentación de este trabajo, *anonymus*, dio un impulso a la inclusión del trabajo con la familia de origen en la formación de terapeutas familiares, que ya se realizaba desde hacía años en centros de formación. Recomendó que el terapeuta investigue su familia de origen, sus relaciones, que visite la casa de sus padres y abuelos etc., con vistas a realizar adecuadamente el proceso de "diferenciación" en el seno de su familia y así evitar proyectar sus conflictos no resueltos en las familias que trata.

Posteriormente, numerosos autores han recomendado el trabajo con la familia de origen del terapeuta. Satir y Baldwin (1983) incluían en la

formación de terapeutas familiares el programa grupal intensivo de “reconstrucción de familias” con vistas a: a) favorecer el conocimiento de los padres como personas, b) conectar su “visión del mundo” con lo aprendido en su familia y c) ayudar al terapeuta a desarrollar su propio punto de vista. Las técnicas utilizadas provenían de la terapia Gestalt y el psicodrama. Ravazzola y Mazieres (1985) proponían a los terapeutas en formación representar psicodramáticamente una crisis familiar propia en la que jugaban los papeles de demandante de ayuda y de terapeuta. Espina (1986) destacaba el uso de la técnica psicodramática de la escultura para trabajar la FOT. Kaslow y Schulman (1987) recomendaban el uso del genograma y sesiones multifamiliares. Aponte y Winter (1987), Aponte (1992) también incluyen el trabajo con el genograma y sesiones con la familia del propio alumno en su programa de formación de terapeutas familiares. McDaniel y Landau-Stanton (1991) proponen a los alumnos hacer presentaciones en grupos pequeños de su genograma e historia familiar para su discusión. Maldonado y Troya desarrollaron un programa para trabajar la FOT en grupos intensivos utilizando elementos sistémicos, psicoanalíticos, gestálticos, psicodramáticos y de dinámica de grupos. Entre las tareas a realizar destacan los viajes de fantasía, elaboración de un escudo de armas familiar, árbol genealógico, mapas estructurales (Minuchin, 1974) y “collage” con fotos sobre la historia familiar. El objetivo general del programa es que los participantes adquieran otras visiones de sus relaciones familiares.

En otro lugar (Espina, 1995) hemos descrito un programa para el trabajo con la familia de origen del terapeuta compuesto por tres bloques temáticos: a) ejercicios grupales psicodramáticos, b) trabajo sobre las escenas temidas del terapeuta (Pavlosky, Kesselman y Fridlewsky, 1977), y c) la familia de origen del terapeuta.

No vamos a desarrollar aquí las propuestas de ese programa; nombraremos brevemente algunos aspectos ya dichos y nos extenderemos en propuestas sobre la FOT que nos han parecido interesantes e hemos ido incluyendo a lo largo de los años en la formación de terapeutas familiares.

2.1. El uso de la escultura

En el apartado sobre la FOT del programa de formación que señalábamos

más arriba destacábamos el uso de la escultura (Espina 1995, 1997, 2010). La escultura es una técnica psicodramática que fue aplicada a las relaciones familiares por terapeutas partidarios de utilizar técnicas activas (Dhul, Kantor y Dhul, 1973; Papp, Silverstein y Carter, 1973; Papp, 1976; Satir, 1972). Consiste en solicitar a un miembro de la pareja o familia que represente espacialmente las relaciones familiares actuando como un escultor que modela y ubica en el espacio a los diferentes miembros de la familia, creando un grupo escultórico que muestre cómo ve las relaciones entre ellos. En el contexto familiar, o grupal dentro del trabajo sobre la FOT, el uso del lenguaje corporal permite mostrar las relaciones familiares evitando el uso defensivo de las palabras, que muchas veces sirven para ocultar, más que para mostrar.

Hemos utilizado desde hace años la escultura en el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta por ofrecer grandes posibilidades para mostrar las relaciones familiares percibidas por el futuro terapeuta y poder trabajarlas en el contexto grupal de la formación (Espina, 1986).

Vamos a mostrar, a modo de ejemplo, un tipo de proceso desarrollado con la escultura en el trabajo con la FOT: en primer lugar se invita al grupo a trabajar la familia de origen mediante la escultura; cuando sale un voluntario, realiza su genograma familiar. Luego se le invita a elegir entre los miembros del grupo para representar a su familia y, seguidamente, se le pide que realice una escultura que represente las relaciones familiares, a modo de grupo escultórico jugando con la posición espacial de cada uno, la mirada y el gesto.

El resto del grupo contempla la escultura y analiza en silencio la estructura y relaciones familiares. Al volver a la escultura se utilizan técnicas psicodramáticas para desarrollar lo mostrado, entre ellas el soliloquio, cambio de roles y el doble. Luego se solicita al protagonista que realice nuevas esculturas retrocediendo cinco años hasta llegar a cuando los padres empezaron a salir juntos. En cada escultura se sigue el mismo procedimiento de la primera y se va poniendo en la pizarra un mapa estructural de cada escultura indicando el momento vital. Al acabar la secuencia de esculturas se divide al grupo en subgrupos de 3-4 sujetos y se les solicita que escriban una historia, a modo de cuento, sobre esa familia que han ido viendo a lo largo de las esculturas: relaciones, conflictos, crisis evolutivas. Mientras realizan esa

tarea, el coordinador habla con el protagonista en un aparte sobre lo mostrado en el proceso.

Finalmente, se leen las "historias" elaboradas por los subgrupos y se comentan. "El escultor descubrirá secretos familiares filtrados a través de lo analógico, mitos, observará alianzas y coaliciones, escuchará otras versiones sobre lo que piensa que es su familia, podrá ver a sus padres, hermanos y a sí mismo desde otras perspectivas, lo cual le ayudará a comprender mejor la postura de cada uno, complejizando la visión de la "realidad", etc…" (Espina, 1995). En el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta utilizamos la técnica de la escultura con sus diferentes variantes: deseada, temida, futura, ideal, simbólica… (Espina, 2010).

2.2. El genograma

El genograma es muy útil para recoger información y transmitir un modo sistémico de pensar. Consiste en dibujar un árbol genealógico, con una serie de símbolos para representar la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones en, al menos, tres generaciones (McGoldrick y Gerson, 1985). Muestra a la familia de una forma que ofrece rápidamente información sobre estructura y patrones relacionales favoreciendo la elaboración de hipótesis sobre cómo un problema puede estar conectado con el contexto familiar y su historia. Para realizar el genograma resulta de gran utilidad el programa "GenoPro", de descarga gratuita en internet que funciona bajo Windows y que permite, tras su instalación, la confección de genogramas.

McGoldrick y Gerson (1985) proponen una serie de categorías interpretativas del genograma que son de gran utilidad en el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta.

1. Estructura familiar: a) composición del hogar (tipo de familia: nuclear, monoparental…), b) constelación fraterna: orden de nacimiento, género, momento de la vida familiar en que nace cada hijo, expectativas de los padres, roles delegados...
2. Adaptación al ciclo vital.
3. Repetición de pautas a través de las generaciones: interaccionales, vinculares, estructurales.
4. Sucesos de la vida y funcionamiento familiar.

5. Pautas vinculares y triangulares**.**
6. Equilibrio y desequilibrio familiar: estructura, roles, reglas, recursos…

Estas categorías las podemos utilizar en contextos formativos grupales e individuales. A veces ofrecemos como tarea la elaboración del genograma en casa, para luego trabajarlo en el contexto de la formación.

El genograma es un método muy útil para trabajar la familia de origen del terapeuta. Pluut (1995) ha enriquecido el genograma proponiendo mostrar a través de dibujos otros aspectos de la familia, como son los hobbies, adicciones, enfermedades y datos étnicos. Es conveniente dibujar cada tipo de genograma en colores diferentes para que no se confundan y además se vean mejor las líneas de transmisión. Este autor propone cuatro tipos de genograma a integrar en el clásico:

1) *Ilugrama:* se plasman deseos y aficiones (hobbies). 2) *Organograma:* se representan las enfermedades y molestias somáticas de cada miembro. Permite ver las transmisiones de enfermedades e incluir el leguaje de los órganos preguntando, por ej., qué dice cada órgano enfermo. 3) *Adictograma:* se representan las adicciones: alcohol, tabaco, juego, drogas, y todo lo que es compulsivo: limpieza, deportes, trabajo, Internet, ordenador, comida… 4) *Culturgrama:* a través de las banderas de cada país podemos hablar de la cultura de cada uno, de su país, y ver entre todos cómo se ha hecho la integración. Estos aportes se realizan sobre el genograma clásico enriqueciéndolo sobremanera.

Otras variantes son el *árbol genealógico con fotografías* de cada miembro y la *biografía con fotografías*. En ambas se utiliza una cartulina grande en la que se pegan una serie de fotografías en orden cronológico para reflejar la historia familiar y personal, incluyendo por lo menos tres generaciones.

Pautas a observar en el genograma:

- *Pautas que se repiten*: síntomas o problemas, alianzas, coaliciones, tríadas rígidas, modos de afrontar conflictos, funcionamiento de subsistemas.
- *Nombres*: a través de los nombres se transmite mucha información no dicha, desarrollándose líneas sucesorias (por ej., el abuelo, el padre y el hijo, se llaman igual), se niega un duelo (por ej., a una hija se le pone el nombre de la hermana fallecida, viéndose obligada a “ser” su hermana y no pudiendo

desarrollar su propia identidad). Hay nombres “importantes” (por ej., Elena, Alejandro, Venus, Cesar, Iván), nombres que marcan cualidades (Virtudes, Modesta, Pura, Blanca), roles (Auxiliadora, Socorro, Remedios, Angustias), nombres de actores, nombres extranjeros... Las repeticiones de nombres pueden mostrar también las relaciones con la familia extensa y cuál de ellas tiene más ascendencia sobre la familia nuclear. Observando las repeticiones de los nombres, sus cualidades y las líneas sucesorias que marcan, podemos extraer mucha información sobre expectativas, legados, valores, roles, mitos, funcionamiento del subsistema parental y conyugal, y relaciones con las familias de origen.

- *Fechas*: nacimientos, abortos, muertes, hechos traumáticos, aniversarios, fechas significativas para la familia, con un significado cultural (Navidades, Reyes, Pascua, Ramadán). El *calendario familiar* que proponía Bowen (1978), en el que se relacionan acontecimientos y problemas es de gran utilidad para hacer hipótesis.
- *Transiciones inesperadas en el ciclo vital*: emigración, casamientos, separaciones, embarazos de adolescentes, muertes intempestivas.
- *Profesiones y estudios*: las repeticiones hablan de valores y legados; muchas veces los padres ofrecen a los hijos la posibilidad de realizar estudios que no ellos no tienen, o esperan que estudien lo mismo que ellos, o lo que desearon hacer y no hicieron…
- *Número de hermanos y diferencias de edad entre ellos*: nos puede dar datos sobre el funcionamiento de la fratria, por ej., la diferencia de edad puede implicar cercanía o distancia. Es frecuente que los mayores cumplan funciones parentales en las familias numerosas; si hay gran diferencia de edad con el pequeño es muy posible que éste sea malcriado por todos, “el juguete de la casa”, y le resultará más difícil abandonar el hogar; los hermanos del medio suelen ser buenos observadores…

En los otros tipos de genogramas observaremos las pautas repetitivas, excepciones, legados, herencia… lo cual permite abrir un mundo de narraciones que pueden ayudar al futuro terapeuta familiar a construir y reescribir su historia.

Solemos utilizar los diferentes tipos de genograma en grupos intensivos

sobre el trabajo con la familia de origen del terapeuta (FOT). En estos talleres se exponen los genogramas y se trabajan en pequeños grupos, permitiendo la construcción de narrativas familiares que abren nuevas visiones de la propia familia. También puede realizarlo por su propia cuenta el profesional en formación y explorar él mismo su genograma.

2.3. Trabajo sobre duelos

En el genograma observaremos pérdidas significativas que podremos explorar de un modo natural. El trabajo de duelo ante las pérdidas implica una serie de tareas que, de no realizarse adecuadamente, dan lugar a duelos crónicos o incompletos que marcan profundamente la vida familiar. Worden (1991), sugiere cuatro áreas en la elaboración de un duelo: 1. Aceptar la realidad de la pérdida. 2. Trabajar emociones y dolor. 3. Adaptarse a un medio sin el ausente. 4. Reubicar al fallecido y continuar viviendo. Por otra parte, Neimeyer (2001) habla de *desafíos del duelo*, que son: reconocer la realidad de la pérdida, abrirse al dolor, revisar nuestro mundo de significados, reconstruir la relación con lo que se ha perdido y reinventarnos a nosotros mismos. Este autor hace hincapié en las narrativas que construyen la identidad familiar e individual, que deben rehacerse después de una pérdida.

Ante una pérdida, la familia se vuelca hacia dentro, aislándose durante un tiempo; también puede buscar apoyo al sentirse más frágil y se producen cambios profundos en las relaciones familiares a nivel estructural, comunicacional y social (Moos, 1995). En definitiva, la pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar para adaptarse a la nueva situación. Por otra parte, la elaboración del duelo puede verse dificultada por *asuntos pendientes*, como las cosas que no se dijeron o no se hicieron, errores, conflictos sin resolver, agradecimientos, expectativas que no se cumplieron, que deben ser tenidos en cuenta en terapia (Espina, Gago y Pérez, 1993).

“Las pérdidas jalonan el ciclo vital de individuos y familias, dejando tras de sí un rastro de dolor que influye poderosamente en las relaciones familiares, así como en los vínculos futuros” (Espina, 2010, p. 147). Las familias que acuden a terapia han pasado necesariamente por pérdidas, más o menos traumáticas, y han podido elaborarlas más o menos bien. El terapeuta deberá,

en muchos casos, abordar esta temática, que será en algo semejante a las pérdidas que ha sufrido en su propia familia de origen. Si tiene sus duelos bien elaborados tendrá más posibilidades de acompañar a las familias en la elaboración de los suyos. De no ser así, correrá el riesgo de pasar de puntillas por asuntos que pueden ser vitales para la familia.

Por ello considero importante la inclusión de talleres específicos sobre duelo en el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta. Si experimenta y revisa sus duelos, grandes o pequeños, el terapeuta estará en mejores condiciones para comprender empáticamente y acompañar en un camino tan doloroso. El formato que solemos utilizar es el de grupos intensivos y utilizamos técnicas psicodramáticas, gestálticas, bioenergética, material plástico…, siguiendo el desarrollo del proceso de duelo, siempre flexible y adaptado a cada persona. Después de la presentación y descripción del encuadre, iniciamos un trabajo corporal mediante danza con música y ejercicios de bioenergética, luego damos un espacio individual para pensar sobre pérdidas y elegir una para trabajar en el grupo. Después de comentar sobre lo seleccionado pasamos al trabajo con visualizaciones, material plástico, dramatizaciones, técnicas de la silla vacía, cartas…, siguiendo una secuencia que sea adecuada para cada grupo.

2.4. Trabajo sobre los roles en la familia

Las reglas familiares crean roles, quién debe hacer qué. Los roles son limitados y puede existir un contra-rol que le resalte y muestre una dualidad, por ej. sano/enfermo, fracasado/exitoso, cariñoso/seco, servicial/egoísta.

En las familias se otorgan roles que se asumen, aceptándolos internamente o no, o despiertan la rebelión adoptando papeles opuestos. Pero la rebelión esclaviza tanto como el rol no deseado. Los roles incluyen contratos en los que existe un *quid pro quo;* se recibe algo a cambio de algo, sea explícito o implícito. Los roles delegados pueden enriquecer la vida del sujeto o llevarle a vivir en desacuerdo consigo mismo. Muchos de los autores que citamos en este trabajo han resaltado el papel de los roles familiares (Boszormenyi-Nagy, Bowen, Framo, Hellinger, Hoffman, Stierlin), mostrando cómo condicionan en gran medida la vida de los miembros de la familia.

En el caso de los terapeutas, estos roles juegan un papel nada desdeñable en

la elección de la profesión, y su posicionamiento en relación con la familia que tratan puede estar condicionado por el rol desempeñado en su propia familia. Creemos que es importante trabajar este aspecto en la formación de terapeutas familiares, para que tomen conciencia de los roles en su familia y poder revisar contratos caducos que dificultan el crecimiento. El trabajo en grupos intensivos es de gran utilidad para este fin. El formato que utilizamos más frecuentemente se basa en la elaboración del *árbol genealógico con fotografías* de cada miembro o la *biografía con fotografías* descritas al hablar del genograma, y, a partir de ahí, trabajar con técnicas psicodramáticas, gestálticas, bioenergética, material plástico, al igual que hacemos en los talleres sobre el duelo.

2.5. El cuerpo y los vínculos tempranos

Cuando se habla de la familia de origen se hace referencia a las narraciones que surgen sobre ella, a modo de historias que se construyen, decontruyen y co-construyen en un contexto adecuado. Para ello los medios que hemos nombrado (genograma, fotos, árbol genealógico, encuentro con los padres…), son adecuados. Pero la historia familiar comienza mucho antes que la palabra, antes que los recuerdos, antes que las historias narradas, y esa historia, preverbal, está anclada en el cuerpo, en la memoria somato-sensorial.

El futuro terapeuta ha tenido, como todo el mundo, vínculos tempranos, estilos de apego, a partir de los cuales ha ido construyendo su personalidad y estilos relacionales adultos. Esos vínculos tempranos determinarán en gran medida su modo de acercamiento a los demás y, por supuesto, a las familias con las que intervenga. Ello influirá, entre otros factores, en su modo de trabajar: desde la cercanía y la interacción directa con la familia (*yo participante*), o desde una cierta distancia en la que asiste a la danza de la familia sin participar activamente (*yo observador*). Hará intervenciones cognitivas, como las narrativas, conductuales, se adentrará en el mundo emocional, utilizará técnicas corporales… Es decir, su historia familiar condicionará, en cierta medida, su modo de trabajar.

A la hora de trabajar con la familia de origen de terapeuta, me parece importante incluir el trabajo corporal, no sólo como caldeamiento psicodramático, sino como modo de acercamiento a los vínculos tempranos.

Para ello son útiles ejercicios psicodramáticos, gestálticos, de expresión corporal, bioenergética, biodanza, danza contacto, danza terapia, etc. El objetivo no sería hacer una terapia corporal, sino ayudar al futuro terapeuta a conectar, a través del cuerpo, con experiencias emocionales tempranas, de modo que pueda acompañar mejor a sus pacientes en el terreno de lo que dicen a través del cuerpo y el modo en que se vinculan, sin miedo a sus reacciones contratransferenciales corporales. En otras palabras, complementando los métodos que implican más al hemisferio cerebral izquierdo, ponemos en juego el derecho.

A modo de ejemplo, vamos a describir algunos ejercicios sencillos para trabajar los vínculos tempranos y el lenguaje preverbal. Los comentados seguidamente se realizan por parejas, en silencio y con cambio de roles. Al finalizar cada ejercicio la pareja habla sobre lo que ha sentido desde los dos roles y luego se habla en grupo:

1. Uno tumbado en el suelo, cerrado, hecho un ovillo, sintiendo tensión y temor ante el mundo exterior, el otro *escucha* su cuerpo, su respiración, le toca y le abre suavemente dándole confianza hasta que esté relajado y abierto. Cuando está abierto le pone una mano en la parte del cuerpo que cree que lo necesita más, transmitiéndole calidez. Este ejercicio permite trabajar la vinculación temprana desde la empatía a nivel corporal, ofreciendo calidez, contacto respetuoso y tranquilizador. Conecta la crianza con la relación terapéutica.
2. Uno tumbado de espaldas en una manta con los ojos cerrados, el otro contacta con su cuerpo, realiza suaves estiramientos y masajea su cuerpo. Le da la vuelta, lo sienta, le coge por detrás y lo eleva lentamente. Le mueve suavemente hacia los lados y le ayuda a andar (mano en vientre y zona lumbar) paso a paso, lento, un poco más rápido. Marcha normal. Le lleva por la sala con las manos en la frente y espalda, luego en frente y nuca. Va abriendo los ojos. Le suelta y camina detrás. Más distancia. Más distancia. Parada frente a frente. Abrazo. Se escenifica el proceso de separación-individuación.
3. Uno se deja caer y el otro le para la caída desde atrás: con las manos de cerca, de más lejos, con otras partes de su cuerpo… Se dirige hacia el otro y se deja caer hacia él. El otro le para con las manos. Le pone recto. Se vuelve

a caer y lo recoge con la cadera, con la espalda, con el hombro... encadenando movimientos rápidamente. A través de la danza-contacto se trabaja la confianza y entrega al otro.

4. Frente a frente uno avanzará y el otro le dice que no. El que avanza desea abrazar, fusionarse, colgarse del otro, el cual debe intentar frenarle y pensar sobre a quién de su historia quiere parar y el que avanza con quién se quiere fusionar. Se repite varias veces. Poner límites ¿Cómo paro? ¿Cómo avanzo? Deseos, temores.

Como la formación experiencial está en el límite entre lo terapéutico y el aprendizaje, al finalizar cada ejercicio y después de hablar todo el grupo sobre lo experimentado y las conexiones con su propia historia, conviene explicar el sentido de lo que se trabaja con los ejercicios y su importancia en la relación terapéutica, especialmente con niños y parejas.

2.6. Trabajo con medios plásticos

El arteterapia (Rubin, 2001) ofrece multitud de ejercicios para utilizar con individuos, grupos, parejas y familias, ofreciendo la posibilidad de abordar aspectos inconscientes sobre la familia interna de difícil acceso a través de la palabra. Vamos a ver brevemente algunas propuestas que son de gran utilidad en el trabajo con la familia de origen del terapeuta.

1. *Dibujando una familia.* Material: folios, lápices de colores, ceras, rotuladores. Se les pide que se distribuyan por la sala y que dibujen una familia, puede ser la suya o una imaginada. El coordinador acompaña a cada uno atendiendo a sus necesidades en el proceso del trabajo. Al acabar se escribe un cuento sobre esa familia.

   Seguidamente se les invita a elegir a la persona del grupo de la que se sienten más lejanos, o que creen que tiene menos en común. Hacen un aparte y se muestran los dibujos por turno; el que observa puede hacer comentarios o preguntas, pero no interpretaciones, el dibujante contesta si lo desea. Luego le lee el cuento. Cambian de rol. La pareja comenta la experiencia. Luego todos en círculo, los dibujos expuestos en el medio, los observan y se comentan. Los que lo deseen pueden leer su cuento.

   Cada uno vuelve a su sitio original; el coordinador les invita a que observen su dibujo de la familia y piensen sobre qué le podría faltar, qué le sobraría, qué podría ayudarle a estar mejor. Lo plasman en el dibujo y

posteriormente continúan el cuento. Vuelven con la pareja y repiten el proceso anterior comentando los cambios. Vuelta al grupo. El mismo ejercicio se puede hacer con arcilla o plastilina.

2. *Elaboración de un muñeco*. El objetivo es trabajar la identidad y el esquema corporal. Se invita al sujeto a fabricar un muñeco que le represente, con telas, algodón, papel, cartón y otros objetos. Se recalca la elección de los materiales asociada a su resonancia emocional, por ej., telas de ropas propias o de sus padres, un colgante significativo. Los materiales utilizados, colores, texturas, formas… nos hablan de las identificaciones, la pertenencia al grupo familiar, su historia, carencias y lados fuertes… Se puede utilizar en talleres intensivos de FOT o en terapia individual sobre la persona del terapeuta en la que se trabaja la familia de origen.
3. *Collage sobre el recorrido de tu vida y de las relaciones significativas*. El objetivo es trabajar la biografía e historia familiar. Se propone la elaboración de un collage en el que se plasma la vida del sujeto como: laberinto, viaje, teatro, imagen metafórica… Se plasma el origen, la familia, primeros años, nacimientos, pérdidas, parejas, cambios de residencia, lagunas (vacíos a los que se les da un espacio en el collage), épocas… Materiales: cartulina grande, selección de fotos familiares, lápices, ceras, rotuladores, pintura, recortes… Lo utilizamos en un encuadre de grupo intensivo. Se elabora el collage individualmente en el grupo y luego se trabaja por parejas, se exponen y se comentan. Posteriormente se trabaja lo emergente mediante técnicas gestálticas y psicodramáticas.
4. *El escudo familiar:* el objetivo es plasmar aspectos familiares asociados a los valores y sistema de creencias. Se solicita al sujeto que elabore un escudo de armas de su familia en el que represente: valores, mitos, imagen exterior de la familia, lados fuertes y débiles. El escudo se dibuja con 2-3 apartados (referidos, por ej., a las familias de origen y nuclear) y alrededor se ponen lemas de la familia (por ej., lealtad, trabajo, sinceridad). Al igual que con el collage, se elabora individualmente, se comenta por parejas y en grupo.

2.7. Constelaciones familiares

Hellinger (1996, 2000, 2002, 2003) fue misionero en África y posteriormente se formó en psicoanálisis, dinámica de grupos, psicodrama, terapia gestalt y en el modelo sistémico, del que recoge las aportaciones de las

escuelas transgeneracional (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973; Bowen, 1978; Framo, 1996; Stierlin, 1975) y estratégica (Haley, 1974, 1980; Madanes, 1981), y propone un abordaje de las relaciones familiares al que llama *constelaciones familiares*. En física, constelación es un conjunto de estrellas que forman parte de un sistema dinámico en continua interacción y evolución, conformando una imagen. Aplicado este concepto a las relaciones familiares, las *constelaciones* partirían de la idea sistémica de totalidad y se regirían por leyes naturales, familiares, sociales y espirituales.

El ser humano se construye sobre la base de una pirámide formada por sus ancestros y cada nueva relación irá enriqueciendo el sistema, ampliando su historia. A su vez el individuo será responsable del cumplimiento de las leyes naturales, familiares, sociales y espirituales dentro de su sistema familiar, condicionando el grado de salud de las generaciones presentes y futuras. Según su criterio, para que la vida fluya adecuadamente es necesaria la coherencia y la concordancia consigo mismo y con el sistema familiar y social en el que vivimos. Cada familia entrega a sus miembros una información particular que ha sido tejida y construida a través del tiempo y de su propia historia particular.

Hellinger plantea que existe una herencia psíquica y habla, al igual que Jung con su propuesta del *inconsciente colectivo*, de un *inconsciente colectivo familiar* que se transmite de generación en generación, dando lugar a la repetición en el presente tanto de cualidades y valores, como de conflictos familiares no resueltos en el pasado, a veces varias generaciones antes. Así, cuando una persona es excluida de la familia, la *conciencia del sistema* provoca que un miembro de una generación posterior lo incluya de forma inconsciente ("amor ciego") asumiendo el Destino de la persona excluida, lo que muchas veces provoca limitaciones o enfermedades que le impiden disfrutar de su propio Destino. Todo ello conformaría el *alma y el destino familiar* que marca a cada miembro de la familia de una forma específica. Por ej., un miembro de la familia actual es portador del legado de un abuelo que hizo algo en contra de las leyes familiares y se ve empujado inconscientemente a pagar su culpa. Este concepto hace referencia a los *legados familiares* que describieron Boszormenyi-Nagy y Spark (1973) y tiene un peso específico

importante en el trabajo de Hellinger sobre las constelaciones. Entre los hechos que tienen especial relevancia en las transmisiones transgeneracionales destacan las pérdidas, episodios violentos, separaciones, muertes, exclusiones del seno familiar, secretos… Cuanto más graves sean los hechos, mayor será el problema que aparece en las generaciones futuras.

Su modelo se basa fundamentalmente en los *valores y reglas familiares*. Los *valores* son creencias transmitidas culturalmente y guían al sujeto sobre lo que es importante en la vida, el bien y el mal, el comportamiento adecuado e inadecuado… Sirven para la socialización y la supervivencia del grupo. Se transmiten intrafamiliarmente: de padres a hijos, entre hermanos, de otros familiares; y extrafamiliarmente: a través de los medios de comunicación, los personajes públicos, la escuela, la religión, personas significativas… Jackson (1965) describe a la familia como un sistema gobernado por *reglas*, según las cuales sus miembros se relacionan de una manera organizada y repetitiva. Las reglas prescriben y limitan la conducta de cada uno, lo cual hace predecibles las interacciones y que la familia sea un sistema "razonablemente estable".

Hellinger llama *órdenes del amor* al conjunto de leyes naturales, familiares, sociales y espirituales que rigen el funcionamiento de los grupos. La trasgresión de estos órdenes dará lugar a conflictos internos que pueden generar patologías individuales, familiares, grupales o sociales. Los órdenes están representados por el *vínculo* y la *conciencia*.

Vínculo: la vinculación a través de los lazos afectivos entre los seres humanos permite la supervivencia física y emocional. Este concepto está asociado al apego como primera vinculación afectiva. *Conciencia*: es la conciencia moral (superyó) que nos guía e induce el sentimiento de culpa cuando no se siguen los preceptos morales. En el proceso de crecimiento, se deja de ser niños, pasando a ser adultos con criterio propio que en un momento lleva a la emancipación y salida de la familia de origen. Esto, según Hellinger, crea un sentimiento de culpa inevitable al abandonar a los padres, el cual es más intenso cuanto mayor es el papel que el hijo juega en la familia, por ejemplo si era el apoyo de uno de los padres.

Los *órdenes del amor* son tres:

1er Orden: *pertenencia*. Todos los elementos de un sistema tienen derecho a

pertenecer al mismo, incluso los ausentes. Si no se reconoce explícita o implícitamente afectará negativamente al sistema. Cuando un miembro es excluido, ya sea olvidado o rechazado, la *conciencia* del sistema induce a un miembro de una generación posterior a asumir el destino de la persona excluida, lo cual le impedirá desarrollar su propio destino y, muchas veces, le supondrá una limitación importante en su vida.

2º Orden: *jerarquía*. Los miembros que llegaron antes tienen prioridad sobre los que llegaron después y deben ser reconocidos como tales, tienen derecho y es su deber mantener su lugar de prioridad. Los que llegaron después no pueden ocupar el lugar de los mayores ni asumir su destino, sus culpas, ni juzgarles. Por otra parte, los pequeños tienen prioridad en la atención y el cuidado. El desorden se produce cuando no se atiende a la familia nuclear por atender a la de origen, cuando el nuevo no tiene un lugar seguro que le garantice cuidado y atención, o cuando a éste se le ofrece un lugar jerárquico superior.

3er Orden: *"dar" y "tomar"*. Los mayores dan y los menores toman. En las relaciones igualitarias es recíproco el dar y tomar. El desorden está asociado a la *reciprocidad*: si no se da entre iguales, el desequilibrio produce malestar. Por el contrario, entre generaciones son los intentos de reciprocidad o de "igualar la deuda" lo que provoca el malestar. El manejo adecuado está asociado al *agradecimiento* y *la humildad* de aceptar lo que se recibe desde una posición inferior.

Se produce desorden cuando no se atienden las necesidades del Sistema Actual por estar orientados hacia el Sistema de Origen o cuando no se respetan los órdenes.

Sobre estas bases Hellinger desarrolla las *constelaciones familiares*, un trabajo sobre las familias de origen y actual en el que se utiliza principalmente la técnica de la escultura, a través de la cual se identifican conflictos que dificultan el flujo organizado de la vida y se realizan intervenciones para restaurar el orden perdido y que cada miembro de la familia pueda ocupar el lugar que le corresponde y llevar una vida armónica. Hellinger resalta el cambio que se produce en el *alma familiar*, en el sistema, al cambiar el individuo.

La técnica básica de las constelaciones familiares es la escultura. Se realiza en grupos y un miembro se encarga de construir su constelación familiar ubicando a otros miembros en el papel de cada familiar que considere adecuado poner, ya sea de la familia nuclear o extensa, y su propio personaje. El coordinador, al igual que en el trabajo con escultura, solicita soliloquios desde el rol a cada sujeto. Luego modifica posiciones hasta conseguir un equilibrio en el sistema de acuerdo con las respuestas verbales y corporales de los miembros de la constelación a cada cambio de ubicación.

Finalmente el coordinador realiza intervenciones sistémicas o centradas en su teoría de los órdenes. Entre éstas últimas están las *frases sanadoras* que son verbalizaciones de carácter metafórico que señalan el desorden existente en un momento dado o la consecución de un orden que se restablece. Por ejemplo frases de *agradecimiento: "tomo lo que me das con amor y haré lo que pueda con ello"*, de *humildad: "tú eres el grande y yo el pequeño", "te devuelvo con respeto lo que es tuyo"*.

Las frases sanadoras tienen cuatro objetivos:

1. Explicitar lo obvio.
2. Provocar la implicación personal y la reacción emocional, al pronunciar y escuchar frases de carácter ancestral y arquetípico.
3. Promover un cambio a partir de la intención paradójica que se produce al pronunciar palabras en sentido contrario al movimiento que el sujeto necesita realizar.
4. Explorar o comprobar si la dirección de un movimiento es la adecuada.

Con todo ello se persigue como objetivo que el individuo encuentre un equilibrio y sintonía con su destino y responsabilidad; para ello el coordinador observa los órdenes de vinculación, equilibrio entre dar-tomar, y jerarquía e intenta corregir los desequilibrios en el sistema.

Es muy frecuente que el trabajo sobre constelaciones familiares se proponga en contextos no clínicos en grupos amplios conducidos por personas sin titulación en salud mental y que no han seguido una formación reglada como terapeutas, lo cual entraña riesgos al utilizar una técnica muy movilizadora, como es la escultura, sin la contención que da la relación terapéutica ni seguimientos que permitan recoger lo movilizado. Pero utilizada por

terapeutas en contextos apropiados permite adentrase en *historias familiares* de difícil acceso.

Respecto al trabajo con la familia de origen del terapeuta, además de los conceptos señalados, los *órdenes de la ayuda* (Hellinger, 2003) son particularmente interesantes. Después de realizar multitud de talleres sobre constelaciones con profesionales de la ayuda, Hellinger reflexiona sobre la ayuda y las dificultades que surgen en su proceso. Fruto de esa reflexión propone para los intercambios de ayuda varias órdenes: 1) "uno sólo da lo que tiene y sólo espera y toma lo que realmente necesita" (Hellinger, 2003, p. 14), 2) la ayuda sirve por un lado a la supervivencia y por otro al crecimiento y desarrollo, 3) el ayudador evitará ponerse en el lugar de los padres llevado por su contratransferencia, y tratará de adulto a adulto al cliente, 4) la empatía del ayudador debe dirigirse al sistema, a la familia, más que al individuo aislado, 5) las constelaciones están al servicio de la reconciliación, por ello el ayudador debe abrir su corazón también a la persona de la que el cliente se queja.

Hemos comentado en otro lugar (Espina, 1995) que los terapeutas arrastran muchas veces historias familiares que intentan *resolver* a través de la formación y el posterior ejercicio profesional. El uso de algunos planteamientos de Hellinger en la FOT ayuda a desenmarañar dichas historias, lo cual pone al futuro terapeuta en una posición mejor para ayudar genuinamente.

2.8. El proceso Hoffman

Hoffman (Laurence, 2008) recoge varias teorías para elaborar su propuesta: psicoanálisis (Bion, Klein, Winnicott), teoría del apego (Bowlby), humanismo (Fromm, Rogers, Maslow), Gestalt (Perls), sistémica (Bowen, Boszormenyi-Nagy), bioenergética (Lowen), meditación, visualizaciones, trabajo corporal… Realizada por terapeutas, es una aportación interesante para el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta.

Hoffman (1974) propuso el término *Síndrome del Amor Negativo* refiriéndose al sentirse indigno de ser amado y a la falta de sustento y amor, lo cual dificulta en gran medida el relacionarse con amor consigo mismo y con los demás. La persona que padece el síndrome intenta actuar amorosamente

con los demás para conseguir su amor. Según Hoffman el verdadero amor sólo aparece si uno se acepta y ama incondicionalmente; a partir de ahí sería posible dar desinteresadamente. La persona que no se ha sentido amada ("nadie puede dar amor si primero no lo tuvo") intenta evitar su dolor huyendo de sí mismo, su esencia, funcionando con el intelecto y el "deber ser" en lugar de con el "querer" y el "ser". Desarrollaría un *falso self*, según Winnicott.

Esto se forma sobre la base de una *programación negativa.* Los padres no pueden criar adecuadamente a sus hijos, al no poder dar lo que no recibieron de sus padres, los cuales no les pudieron enseñar a honrar, respetar y amarse a sí mismos, por lo que no incorporaron un sentimiento de seguridad interna. Hoffman (1974) propone tres formas de reaccionar ante el amor negativo: a) *Adopción* de rasgos de los padres como intento de conseguir su amor, b) *Rebeldía + Amor Negativo:* actuar de manera opuesta y c) *Transferencia:* transferir a otros los rasgos negativos de los padres.

Hoffman (1974) creó el término de *Quadrinidad* para referirse a cuatro aspectos del ser: físico, emocional, intelectual y espiritual, que forman un complejo e interactivo sistema holístico. El *ser físico* es el soma que incluye el cerebro y la mente, o fuerza vital, y a través de él se manifiestan sentimientos, pensamientos y experiencia espiritual. Los tres componentes de la mente son la trinidad, formada por el emocional, intelectual y espiritual.

El *ser emocional* incluye las emociones, está conectado con los demás y explota la pertenencia, seguridad y confianza. El *ser intelectual* incluye creencias, lógica percepciones, juicios, visiones del mundo y valores. El *ser espiritual* corresponde a la naturaleza primordial, es sabio, positivo, abierto y creativo. Sería el potencial primigenio del ser humano esencialmente bueno, siguiendo a Rousseau, y reservorio de recursos internos inconscientes para solucionar problemas, al igual que se plantea en la hipnosis ericksoniana.

Hoffman plantea que el ser espiritual es recubierto por la programación negativa, como un diamante cubierto de escombros. Para evitar el sentimiento de abandono, el niño introyecta los patrones de amor negativos como forma de mantener el vínculo con sus padres, tener un sentido de pertenencia y esperar que siendo como ellos será amado, a costa de no ser él mismo. Según Hoffman (1994) el *Síndrome de Amor Negativo* consiste en la adopción de

comportamientos y estados de ánimo negativos de los padres para asegurarse su amor. Puede llevar al sometimiento o a la rebelión contra esos rasgos negativos durante toda la vida. Estos *Patrones de Amor Negativo* mantienen a los adultos fragmentados y emocionalmente anclados en el pasado. Ese niño interior quiere recibir desde la deficiencia, y el Yo Intelectual se alía con el Yo Emocional negativamente programado. La compasión, el perdón, el amor incondicional y el vínculo espiritual podrían remplazarlo a través del Ser Espiritual (o esencia).

Al no recibir una aceptación incondicional de sus padres, el niño intenta hacer lo posible para conseguir su amor, quedando preso entre el amor, la necesidad y el resentimiento. Si expresa sus verdaderas necesidades, muestra su cólera y su autenticidad, es rechazado; si reprime sus emociones es amado, pero está negando su verdadera naturaleza. No ha aprendido a confiar en él mismo ni en los demás. Busca inconscientemente el amor incondicional de sus padres amorosos en nuevas relaciones, pero la lealtad a sus padres le lleva a repetir lo que aprendió de ellos transfiriéndolo a nuevas relaciones. Todo esto queda reprimido en el inconsciente como modo de protección frente el dolor.

> "Cuando desde el nivel más profundo de su ser, el individuo aprende a perdonarles emocionalmente, en vez de intelectualmente, puede entonces perdonarse a sí mismo y encontrar la paz. Para alcanzar esta meta tan deseada, debe llegar a un profundo estado de compasión, perdón, comprensión sin condena y aceptación de los niños que sus padres fueron un día. Al alcanzar esto, estará verdaderamente libre para aceptar, perdonar y amar a los adultos en los que ellos se transformaron. Haciéndolo, podrá liberarse de esta matriz y encontrar dentro de sí mismo autoaceptación, autoperdón y amor incondicional" (Hoffman, 1984, p. 3).

El trabajo sobre la familia en el *Proceso Hoffman* se realiza en grupos intensivos para unas 24 personas en contexto residencial durante 7 días. En el trabajo de preproceso se revisan las relaciones con los padres, detectando identificaciones y contraidentificaciones con ellos a través de un cuestionario sobre la familia. Se llevan fotos y recuerdos familiares al taller. Al inicio del taller se realizan visualizaciones guiadas para conectar con *la luz*, entendida como la inteligencia espiritual superior, la cual sirve para conectar con el *yo espiritual* y como acompañante interno para desprenderse de los *Patrones de*

Amor Negativo en un proceso en el que el vínculo primario se desplaza de los padres introyectados al *yo espiritual*. Este movimiento protegería de la "depresión abandónica" al perder el vínculo con los padres. La espiritualidad apoya el cambio porque no está "contra o sobre" los padres. Está para beneficiar al ser.

Al revivir al niño interior se realiza un trabajo catártico de *golpear* los patrones negativos, liberando la ira hacia los padres a través de ejercicios bioenergéticos. Luego se facilita la conexión entre ser emocional e intelectual, *la dualidad*, favoreciendo el diálogo entre ellos. Finalmente se establece el diálogo entre el ser espiritual y la dualidad, *la trinidad*.

Otro ejercicio consiste en la formulación de una acusación contra los padres, para la que prepara la defensa. Se habla desde el adolescente interno con los padres adolescentes de uno en uno. La defensa es el punto decisivo del Proceso; se pide a los participantes que miren más allá de su propio dolor e investiguen en profundidad el dolor y el sufrimiento de las vidas tempranas de sus padres. 'Todos son culpables, pero nadie tiene la culpa'.

Los objetivos de la experiencia grupal son:

- Conectar con el niño interior y hacer consci ente la programación negativa, sacar a la luz los resentimientos hacia los padres para poder luego verles como niños con sus limitaciones, vivencias y sufrimientos, y poder sentir compasión, sin juzgarlos.
- Desactivar la tendencia a repetir conductas negativas y promesas inconscientes que impiden crecer, por ej.: "no merezco estar mejor".
- Integrar emoción, intelecto, espíritu y cuerpo. Acabar con las luchas internas permitiendo que el silencio y la paz aparezcan desarrollando el yo espiritual.

Para concluir, resaltaría que existen muchas formas de trabajar la familia de origen del terapeuta; aquí hemos descrito brevemente algunas, y cada una hace aportaciones interesantes para que el terapeuta familiar conozca sus orígenes, resuelva asuntos pendientes y pueda crecer como persona, para, desde ahí, ayudar mejor a las personas que le solicitan ayuda.

3. Lecturas recomendadas

BOWEN, M. (1972). "Anonymus". En J.L. Framo (Ed.) *Family interactions*. Nueva York: Springer. En este trabajo pionero Bowen describe el proceso que

llevó a cabo a lo largo de 12 años en el que estudió sus relaciones familiares, culminándolo con una intervención que mejoró las relaciones en el seno de su familia y le permitió "diferenciarse de su familia".

ESPINA, A. (1995). "Sobre la persona del terapeuta familiar y su importancia en la formación". En M. Garrido y A. Espina (Eds.). *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos. En este capítulo se realiza una revisión de los elementos formativos en terapia familiar, especialmente en relación con la persona del terapeuta y su familia de origen. El capítulo actual viene a ser una continuación de este.

FRAMO, J. (1996). *Familia de origen y psicoterapia*. Barcelona: Paidós. Framo desarrolla y actualiza aportaciones de la escuela transgeneracional, desde los trabajos con Boszormenyi-Nagy, hasta los años noventa. Dichas aportaciones permiten profundizar en el trabajo sobre la familia de origen del terapeuta.

Bibliografía

AINSWORTH, M.D., y BELL, S.M. (1970). "Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation". *Child Development*, 41, 49-67.

APONTE, H.J. (1992). "Entrenamiento de la persona del terapeuta en terapia familiar estructural". *Sistemas Familiares*, 8(3), 9-23.

APONTE, H.J., y WINTER, J.E. (1987). "The person and practice of the therapist: Treatment and practice". *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3, 85-111.

BOSZORMENYI-NAGY, I., y FRAMO, J. (1965). *Intensive family therapy*. Nueva York: Hoeber Medical Division, Harper and Row.

BOSZORMENYI-NAGY, I., y SPARKS, L. (1973). *Invisible loyalties*. Nueva York: Harper and Row. (Edición en español: *Lealtades invisibles: reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008).

BOWEN, M. (1972). "Anonymus". En FRAMO, J.L. (Ed.) *Family interactions*. Nueva York: Springer.

BOWEN, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York. Jason

Aronson. (Edición en español: *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Vols. 1 y 2. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1989).

BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I. Attachment*. Londres. Hogarth Press. (Edición en español: *El apego y la pérdida I. El apego*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1989).

———— (1973). *Attachment and loss. Vol 2. Separation, anxiety and anger:* Londres: Hogarth Press. (Edición en español: *El apego y la pérdida II. La separación*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1989).

———— (1980). *Attachment and Loss. Vol. III. Loss, Sadness and Depression*. Londres: Hogarth Press. (Edición en español: *El apego y la pérdida III. La pérdida*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1989).

DHUL, F.J., KANTOR, D., y DHUL, B.S. (1973). "Learning, space and action in family therapy: A primer of sculpture". En BLOCH, D. (Ed.) *Techniques of family psychotherapy: A primer*. Nueva York: Grune & Stratton.

ESPINA, A. (1986). "Escultura y técnicas dramáticas en la formación en terapia familiar". Comunicación presentada en el *XIV Symposium de la S.E.P.T.G*. Bilbao.

———— (1995). "Sobre la persona del terapeuta familiar y su importancia en la formación". En Garrido, M. y Espina, A., (Eds.). *Terapia familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.

———— (1997). "El uso de la escultura en terapia de pareja". *Revista de Psicoterapia*, 7, 29-44.

———— (2010). *Manual de evaluación familiar. Guía para terapeutas y consejeros familiares*. Madrid: CCS.

ESPINA, A., GAGO, J., y PÉREZ, M. (1993). "Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar". *Revista de Psicoterapia*, IV (13), 77-88.

FRAMO, J. (1965a). "Rationale and techniques of intensive family therapy". En BOSZORMENYI-NAGY, I. y FRAMO, J. (Eds.). *Intensive family therapy*. Nueva York: Hoeber Medical Division, Harper and Row.

———— (1965b). "Systematic research on family dynamics". En BOSZORMENYI-NAGY, I. y FRAMO, J. (Eds.) *Intensive family therapy*. Nueva York: Hoeber Medical Division, Harper and Row.

———— (1970). "Symptoms from a family transactional viewpoint". En

ACKERMAN, N., LIEB, J. y PEARCE, J. (Eds.). *Family therapy in transition*. Boston: Little, Brown and Company.

———— (1996). *Familia de origen y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

HALEY, J. (1974). *Problem solving therapy*. Nueva York: McGraw Hill Book Company. (Edición en español: *Terapia para resolver problemas*. Madrid: Amorrortu)

———— (1980). *Leaving home. The therapy of disturbed young people*. Nueva York: McGraw Hill Book Company. (Edición en español: *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985).

HELLINGER, B. (1996). *El centro se distingue por su levedad*. Barcelona: Herder.

———— (2000). *Órdenes del amor*. Barcelona: Herder.

———— (2002). *El intercambio. Didáctica de constelaciones familiares*. Barcelona: Rigden Institut Gestalt.

———— (2003). *Las órdenes de la ayuda*. Buenos Aires: Alma Lepik.

HOFFMAN, R. (1974). *The Hoffman method of quadrinity*. Baltimore: Bestseller.

———— (1984). *Síndrome del Amor Negativo*. Buenos Aires: Instituto Hoffman.

———— (1994). *The Negative Love Syndrome and the Quadrinity Model: A Path to Personal Freedom and Love*. San Anselmo, CA: Hoffman Institute Foundation.

JACKSON, D. (1965). "The study of the family". *Family Process*, 4, 1-20.

KASLOW E. W., y SCHULMAN N. (1987). "The family life of psychotherapist: Clinical implications". *Journal of Psychotherapy & the Family*, *3*, 79-96.

KLEIN, M. (1952). *Developments in psycho-analysis*. Londres: The Hogarth Press. (Edición en español: *Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé).

KNISKERN, D. P., y GURMAN, A.S. (1979). "Research on training in marriage and family therapy: Status, issues and directions". *Journal of Marital and Family Therapy*, 5, 83-94.

LAURENCE, T. (2008). *El proceso Hoffman*. Vitoria: La llave.

McDANIEL, S.H. y LANDAU-STANTON (1991). “Family-of-origin work and family skills training: both-and”. *Family Process*, 30 (4): 459-474.

McGOLDRICK, M., y GERSON, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

MADANES, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. (Edición en español: *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001).

MAHLER, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. Nueva York: Basic Books.

———— (1975). *The psychological birth of the human infant*. Nueva York: Basic Books.

MAHLER, M., PINE, F., y BERGMAN, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano. (Simbiosis e individuación)*. Buenos Aires: Marymar.

MINUCHIN, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

MOOS, R.H. (1995). *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington, Mass.: DC. Heath & Co.

NEYMEYER, R. A. (2001). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

PAPP, P. (1976). “Family choreography”. En GUERIN, P.J. (Ed.) *Family therapy: Theory and practice*. Nueva York: Gardner Press.

PAPP, P., SILVERSTEIN, O., y CARTER, E. (1973). “Family sculpting in preventive work with ‘well families’”. *Family Process,* 12, 197-212.

PAVLOSKY, E., KESSELMAN, H., y FRIDLEWSKY, E. (1977). *Las escenas temidas del coordinador de grupos*. Madrid: Fundamentos.

PLUUT, R. (1995). Seminario en el Máster de terapia familiar y de pareja de la universidad del País Vasco. San Sebastián.

RAVAZOLLA C., y MAZIERES, G. (1985). “Entrenamiento experiencial del rol del entrevistador familiar en el marco de la teoría sistémica”. *Sistemas familiares*, 1 (1): 47-52.

RUBIN, J. A. (2001). *Approaches to art therapy. Theory and Technique*. Nueva York: Taylor and Francis Group.

SATIR, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

SATIR, V. y BALDWIN, M. (1983). *Satir step by step*. Palo Alto, CA: Science

and Behaviour Book.
STIERLIN, H. (1975). *Psicoanálisis y terapia familiar*. Barcelona: Icaria.
WHITAKER, C. (1988). *Dancing with the family. A symbolic-experiential approach*. Nueva York: Brunner/Mazel.
WORDEN, J. W. (1991). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

15

La supervisión

Beatriz Rodríguez Vega

Alberto Fernández Liria

Índice de contenidos

1. Introducción

En la mayoría de los modelos psicoterapéuticos, incluido el modelo sistémico, la supervisión se considera un componente imprescindible, para algunos autores incluso la piedra angular, de la formación en psicoterapia. A diferencia de la terapia, en la supervisión el objetivo no es tanto incidir directamente sobre el bienestar del paciente, sino influir positivamente sobre la capacidad del supervisando para llevar a cabo una terapia eficaz con el consultante. Si una de las metas de la terapia podría ser el desarrollo de un terapeuta interno, la de la supervisión sería desarrollar un *supervisor interno*. En otras palabras, desarrollar la capacidad de observarse tanto a sí mismo como al paciente. En una supervisión eficaz, se produce un intercambio abierto entre supervisor y terapeuta en el cual se discuten los sentimientos acerca del paciente y acerca del contenido y proceso de la supervisión (Gold, 2004).

El efecto de la supervisión se valora, entonces, según la capacidad que tenga para el cambio de alguna de las características del terapeuta (el nivel de pericia o alguna habilidad), lo que, a su vez, se espera que repercuta en el bienestar del paciente. Es decir, que la evaluación de la supervisión no se hace directamente sobre los resultados de la terapia.

El término de supervisión genera a veces incomodidad. Se ha criticado el uso de esta palabra porque parece referirse a una suerte de super-posición de uno de los dos terapeutas que mantiene una posición de superioridad sobre el otro. Así como en terapia narrativa el rol del terapeuta se describe como igualitario, el rol del supervisor no es el de alguien que por poseer más conocimientos "sepa más" sobre el paciente o el problema que éste presenta, sino el de aquel que por colocarse en una perspectiva diferente adopta una visión distinta e iluminadora, en muchos casos, de aspectos de la terapia que el terapeuta directo no puede ver. Quizás con el paso del tiempo y el uso, se vayan imponiendo otros términos como el de discusión clínica en perspectiva o discusión clínica participante. Aun con esa crítica a la palabra, en este texto vamos a respetar su uso y utilizaremos el término de supervisor/a, mientras que nos referiremos al terapeuta que consulta como "la o el terapeuta" y no como supervisado, que parece indicar una posición complementaria de pasividad (*uno sabe y el otro recibe la sabiduría*).

Los terapeutas sistémicos han hecho importantísimas aportaciones en el campo de la supervisión. En primer lugar, a la teoría sistémica se deben algunos de los conceptos que permiten una visión moderna de la supervisión, como el de sistemas observantes que nos permiten entender el tipo de interacción que se produce tanto en la sala de consulta como con la entrada en juego del supervisor (Breunlin, Karrer, McGuire y Cimmarrusti, 1988). Como es lógico, esto se ha traducido en que la supervisión ha sido objeto de la atención de los clásicos de la terapia sistémica en momentos de la historia de la psicoterapia en los que no era frecuente que este tema fuera abordado teóricamente y menos que la actividad fuera públicamente expuesta (Breunlin, Liddle, & Schwartz, 1988; Haley, 1996; Liddle, 1988; Minuchin, Simon & Lee, 2006; Schwartz, 1988; Schwartz, Liddle &, Breunlin, 1988).

Hoy estos hallazgos han sido incorporados por todos los modelos integradores de supervisión a los que nos referiremos principalmente en este trabajo.

2. Definiciones de supervisión

Recientemente en un documento de consenso suscrito por tres asociaciones profesionales se definió el proceso de supervisión de la siguiente forma:

> "Una intervención en que un terapeuta experto y uno o más terapeutas que están en formación, establecen un diálogo centrado en los problemas relacionales y de la salud que plantea un consultante con el objetivo simultáneo de mejorar la capacitación y el desempeño profesional del terapeuta en formación, monitorizar la calidad de los servicios ofrecidos a los consultantes que él o ella atienden y evaluar las competencias que el supervisando va adquiriendo dentro de la actividad psicoterapéutica y su proceso de aprendizaje" (Grupo de consenso para la acreditación AEN-FEAP-FEATF, 2011).

Existen muchas definiciones de supervisión (Hawkins y Shohet, 2000). Entre las que hemos seleccionado en este trabajo están:

"Una interacción interpersonal con el objetivo general de que una persona, el supervisor, se encuentre con otra, el supervisado, en un esfuerzo por hacer a la última más efectiva para ayudar a las personas" (Hess, 1980, pág. 50).

"Una relación uno a uno, intensiva y orientada en lo interpersonal, en la cual una persona es designada para facilitar el desarrollo de la competencia

terapéutica de la otra" (Loganbill, Hardy y Delworth, 1982, pág. 50).

3. Funciones de la supervisión

Sin olvidar que el principal propósito de la supervisión es proteger los intereses de los consultantes, a la supervisión se le reconocen tres funciones principales (Hawkins y Shohet, 2000):

1. La *función formativa*, en la que la supervisión sirve como ayuda a que el terapeuta desarrolle habilidades y conocimientos. Se hace a través de facilitar que el terapeuta:

a. entienda mejor al cliente.
b. sea más consciente de sus propias reacciones y respuestas al cliente.
c. entienda las dinámicas de la interacción entre él y su cliente.
d. observe sus intervenciones y las consecuencias de las mismas.
e. explore otras formas de trabajar con éste u otras situaciones similares con otros clientes.

2. La *función de apoyo o restauración*: las relaciones de ayuda y las terapéuticas en general pueden afectar a los profesionales. A través de la supervisión, el terapeuta se hace más consciente de cómo le afecta el trabajo terapéutico, de sus riesgos y oportunidades y de las formas para auto-cuidarse.

3. La *función de gestión o normativa*: a través de la supervisión, el supervisor o terapeuta con experiencia puede monitorizar el trabajo que el terapeuta en formación está desarrollando con su paciente. Es una función de control de la calidad del trabajo que se está realizando con otra persona.

En todo momento en la supervisión hay varios niveles operando y como mínimo implica cuatro elementos (Hawkins y Shohet, 2000):

• Paciente
• Terapeuta
• Supervisor/a
• Contexto laboral.

Esos cuatro elementos se organizan en dos sistemas de trabajo que se interconectan:

• El sistema terapeuta-paciente (o familia, o grupo)
• El sistema supervisor-terapeuta (o grupo de terapeutas).

Los diferentes modos de supervisión deben ponerse en relación con el

estadio del desarrollo profesional del o la terapeuta. Los terapeutas noveles tienden a tener más ansiedad acerca de su forma de hacer y necesitan que la supervisión se enfoque más en el contenido del trabajo con el paciente y en los detalles de lo que ocurre en las sesiones. Estos terapeutas suelen requerir un estilo más directivo hasta que desarrollan más la capacidad autorreflexiva (Gold, 2004).

Nigam (Nigam et al., 1997) describió la vulnerabilidad que sienten los terapeutas durante la supervisión. Con frecuencia pueden sentir vergüenza por la elección de un paciente para supervisar, miedo de ser considerados incompetentes o inadecuados o percibir como descalificador el estilo del supervisor. El papel del supervisor es facilitar y animar la capacidad del terapeuta de autorreflexión y cuestionamiento, así como ayudar a desarrollar habilidades terapéuticas (Gold, 2004).

4. Modelos de supervisión

4.1. Modelo de Hawkins

El modelo de Hawkins (Hawkins y Shohet, 2000) divide los estilos de supervisión en dos categorías principales:

1. La supervisión que presta atención al sistema terapéutico directamente, en la que supervisor y terapeuta reflexionan sobre las notas o las grabaciones de las sesiones
2. La supervisión que presta atención al sistema terapéutico indirectamente, a través de cómo ese sistema se refleja en las experiencias del aquí y ahora del proceso de supervisión

Hawkins divide cada una de ellas en tres estilos dependiendo del énfasis dado al foco de atención e incluye una séptima categoría que se centra en el contexto en el que ocurre la supervisión.

Foco en la sesión de terapia

En este estilo de supervisión se trabaja sobre la terapia utilizando las notas o grabaciones de la sesión.

a. *Exploración del contenido de la sesión*. La meta es ayudar al terapeuta a que preste atención al paciente, sus elecciones, la relación con distintos aspectos de su vida. Hawkins recomienda que el supervisor anime al terapeuta a que le describa al paciente, su apariencia, movimientos, forma de presentarse, etc. Se trata en primer lugar de ayudar a que el terapeuta pueda *estar* con el

paciente sin juzgar, desafiando los prejuicios que tenga con respecto a él y ayudando a verlo como persona única, más allá de teorías o de modelos de personalidad. Una persona única que se encuentra con la persona única del terapeuta haciendo realidad la aseveración de Shainberg (1983): “en cada despacho de consulta debe de haber dos personas bastante asustadas”.

Después de esto se puede avanzar en el contenido de la sesión, en la relación entre lo que ocurre en la terapia y lo que pasa en la vida del paciente, contemplando la sesión como un microcosmos del macrocosmos que es la vida de esa persona. También es recomendable, por su utilidad, concentrarse en los cinco primeros minutos de la sesión (cómo se presenta el paciente y se revela antes de que la relación se desarrolle plenamente) y en traer material grabado.

b. *Exploración de las estrategias e intervenciones usadas por el terapeuta*, no sólo cuáles han sido sino también cuándo y por qué las ha utilizado. ¿Qué estrategias ha utilizado? ¿Cuáles podría haber tenido en cuenta también? Pueden surgir estrategias alternativas. La meta es aumentar las elecciones y habilidades del terapeuta, y de esta manera evitar conductas como las que recoge el aforismo de Abraham Maslow “si la única herramienta que tienes es un martillo, vas a tender a tratar cada cosa como si fuera un clavo” (citado en Hawkins y Shohet, 2000, pág. 73).

Se debe señalar cuándo el terapeuta se queda atrapado en un pensamiento dualista: “no sé si está sufriendo mucho o me intenta engañar exagerando”. El supervisor ayuda a generar más opciones para intervenir, por ejemplo, a través de una tormenta de ideas.

Las reglas básicas para una tormenta de ideas son: “di lo que te venga a la mente, sin juzgar, no evalúes las ideas, permite que surjan, usa las ideas de otras personas como trampolines, e incluye las opciones más atrevidas que puedas inventar”. Con un grupo, que ofrece muchas posibilidades de creatividad, se pueden generar hasta 20 ideas para trabajar con un impasse del terapeuta. En supervisión individual, se le puede pedir al terapeuta que invente seis o siete formas diferentes de manejar la situación en la que se siente bloqueado.

Se puede elegir una de las estrategias desde esta tormenta de ideas y hacer

un *role playing* con el terapeuta haciendo de cliente y explorando cómo se viviría esa intervención desde éste. Pueden también cambiarse los roles.

No hay una intervención acertada y otra que no lo sea; lo que sí afirma Hawkins es que todas las intervenciones pueden utilizarse apropiadamente o de un modo perverso. La supervisora ha de estar atenta a su modo de usar las intervenciones o las sugerencias que hace con el terapeuta.

c. *Exploración de la relación terapéutica.* El foco es la relación entre terapeuta y cliente y la meta es que el terapeuta aumente su *insight* sobre la dinámica de esta relación. Aquí el supervisor presta atención a lo que ocurre consciente o inconscientemente, a las posturas, las metáforas, etc. Puede, por ejemplo, solicitar: "cuéntame la historia de vuestra relación", o "dame una imagen o una metáfora que represente vuestra relación", "¿qué clase de relación crees que establecerías con esta paciente si os hubierais encontrado en otra situación, en una isla desierta por ejemplo?", "si tú fueras una mosca posada en la pared del despacho durante tu última sesión de terapia, ¿qué hubieras observado en vuestra relación?".

El supervisor intenta así ayudar al terapeuta a ver la relación como un todo y no sólo desde su punto de vista. Aunque también el supervisor escucha el punto de vista del terapeuta con respecto a la relación y, en este caso, Hawkins (Hawkins y Shohet, 2000) aconseja actuar como un terapeuta de pareja que intenta escuchar todas las partes y encontrar un equilibrio entre las necesidades de ambos.

La supervisora también se interesa por la actuación del terapeuta que tenga que ver con las emociones hacia el paciente y, para ello, resulta útil observar las imágenes que el terapeuta aporta de la relación: por ejemplo es diferente decir que la paciente parece un "conejillo asustado" que "un boxeador entrando al ring". Es útil, como se señala más adelante, moverse entre la transferencia y la contratransferencia de los dos.

La supervisora ha de intentar trasmitir el placer que un terapeuta siente en el proceso de terapia según es testigo de cómo el paciente (o la familia) va creciendo y aprendiendo a poner en marcha sus propios recursos. Demostrar que uno disfruta con su trabajo y que está constantemente aprendiendo es un mensaje importante para que un supervisor/profesor trasmita.

Foco en el proceso terapéutico según se refleja en el proceso de supervisión

a. *Foco en el proceso del terapeuta*, la contratransferencia, lo que el terapeuta siente consciente o no conscientemente hacia el paciente. Es importante discernir si los sentimientos contratransferenciales de la terapeuta surgen ante una paciente en particular y tienen que ver con la propia biografía del terapeuta o con sus deseos proyectados en el paciente, o bien estos sentimientos provienen de estar “actuando” el papel que el paciente le ha transferido (por ejemplo, un rol materno) o estar luchando contra ese rol (por ejemplo, ocupando un papel más clásicamente paterno). La contratransferencia puede también reflejarse de modo somático, por ejemplo, a través de una postura corporal, un gesto o una sensación sentida en el cuerpo.

Todas estas dinámicas relacionales tienen en común que implican alguna forma de reacción predominantemente no consciente. Explorar todo este rango de posibilidades abre para la terapeuta la posibilidad de ofrecer respuestas y evitar “actuar” reacciones.

Muchos autores afirman que la contratransferencia es una herramienta muy útil de trabajo en la supervisión y en la terapia y que ofrece posibilidades de comprensión de lo que ocurre a terapeuta y a paciente. Resulta útil simplemente plantear la pregunta ¿cuál es tu contratransferencia hacia este paciente?

Una propuesta de Hawkins y Shohet (2000) es usar la técnica de “chequear o comprobar la identidad”, en el cual la supervisora lleva a la terapeuta a través de cuatro estadios buscando cualquier sentimiento o prejuicio “transferido” desde la experiencia con una persona anterior en la vida del terapeuta.

En el estadio 1 se le pide al terapeuta que deje que surja su primera y espontánea respuesta: ¿a quién te recuerda esta persona? Y repite la pregunta hasta que el terapeuta descubre una respuesta.

En el estadio 2 se le anima a que describa todas las formas en que esta persona se parece a la otra.

En el estadio 3 se le pregunta al terapeuta qué querría decirle a la persona que él ha descubierto en la primera pregunta, o sea, qué asuntos tiene

pendientes o inacabados en la relación con esa persona. Esto se puede hacer con un juego de roles o mediante la técnica de la silla vacía.

En el estadio 4 se le pregunta al terapeuta en qué aspectos el paciente se diferencia de esa persona.

Este ejercicio lleva a veces a sorprendentes conexiones emocionales. También es útil observar los gestos, los lapsus linguae, a veces pedir exagerar una postura. Se deben explorar prejuicios de clase, orientación sexual, raza, género, cultura, etc. Esto permite hacer visibles las asunciones que el terapeuta da por sentadas acerca de cómo han de vivir sus pacientes para poder cuestionarlas abiertamente y ayudarle a tomar conciencia de qué aspectos de la vida de esa persona está juzgando o en qué áreas de su vida está imponiendo su propio estilo.

b. *Foco en el proceso del aquí y ahora* como espejo o paralelismo del proceso del *allí y entonces*. Se trata de explorar cómo lo que sucede en la sesión de supervisión puede actuar o mimetizar algunas dinámicas escondidas de la sesión de terapia y trabajar este paralelismo. Por ejemplo una actitud pasivo-agresiva del paciente se puede reproducir en una relación pasivo-agresiva del terapeuta hacia el supervisor.

Ocurre no conscientemente y es una forma para el terapeuta de intentar resolver lo que está ocurriendo a través de re-actuarlo en la relación de aquí y ahora con el supervisor.

El trabajo de la supervisora es detectar el proceso, nombrarlo y hacerlo así consciente a la exploración y el aprendizaje. La supervisora tiene que ser capaz de detectar su propia reacción y devolvérsela al terapeuta de una forma no crítica.

Doehrman (1976) afirma que el paralelismo existe en las dos direcciones y que no sólo se refleja en la supervisión lo que ocurre en la terapia sino que también se refleja en la terapia lo que ocurre en la supervisión.

c. *Foco en la contratransferencia del supervisor*. La supervisora utiliza sus propias respuestas emocionales para dar luz sobre algunos aspectos de la terapia al terapeuta que supervisa. Se explora cómo la relación terapéutica se refleja en la relación con el supervisor y entra en la experiencia interna de éste.

La supervisora no sólo toma consciencia de sus propios procesos, sino que también ha de ser capaz de darse cuenta de los cambios en sus sensaciones, pensamientos o imágenes que acuden mientras atiende al contenido de la sesión de supervisión. Hawkins afirma que a través de los años ha aprendido a confiar en que esas interrupciones son mensajes importantes desde nuestro no consciente acerca de lo que está ocurriendo en la supervisión y por tanto en la terapia. También el supervisor ha de estar dispuesto a preguntarse ¿cuáles son mis sentimientos con respecto a esta terapeuta?

Foco en el contexto más amplio

Este foco de supervisión se refiere a los códigos profesionales, ética, requerimientos de la organización en que se trabaja que hay que tener en cuenta. ¿Cómo encaja la forma en la que se maneja el caso con las expectativas de la organización? ¿Tiene el terapeuta miedo a ser juzgado en su equipo? Etc.

Para Hawkins y Shohet (2000) una buena supervisión requiere moverse entre estos siete diferentes modos. Es útil para el supervisor conocerlos porque le permite clarificar los procesos.

4.2. Modelo de supervisión basado en Eventos Críticos (Ladany, Friedlander y Nelson, 2005)

La premisa en la que se basa este modelo es que la resolución de dilemas interpersonales desafiantes o provocadores representa un importante mecanismo de cambio en supervisión, lo mismo que ocurre en psicoterapia.

De la misma manera que en el proceso psicoterapéutico, el proceso de supervisión se puede considerar como una serie de episodios. La meta principal de la supervisión, *"aprender cómo se hace la terapia"*, no se aborda globalmente en cada sesión. Más bien hay mini metas en el proceso, tales como aprender a aplicar teoría a la práctica o aumentar la auto-conciencia. Para conseguirlo, hay tareas próximas (que han de resolverse dentro de la sesión) y tareas intermedias (para las que la sesión constituye un paso en su consecución). La parte de la sesión dedicada a un objetivo dado se denomina *evento* o *episodio*. La identificación, trabajo y terminación de una tarea específica es lo que esencialmente define un evento. Los eventos se repiten, son comunes y predicibles, tal como ocurre en terapia. Por ejemplo cuando una terapeuta inicia la supervisión con otra, el evento típico a abordar es el desarrollo de la alianza de supervisión.

En este modelo la supervisión se centra en episodios o incidentes críticos en los cuales hay una tarea crítica a elaborar, tal como trabajar una crisis de confianza o una atracción sexual hacia un paciente. En concreto en este modelo se trabaja con los siguientes eventos, aunque se reconoce que se pueden describir muchos más:

1. Mejorar dificultades y déficits de habilidades.
2. Aumentar la conciencia multicultural.
3. Negociar conflictos de rol.
4. Elaborar la contratransferencia.
5. Manejar la atracción sexual.
6. Resolver malas interpretaciones relacionadas con el género.
7. Abordar pensamientos, sentimientos o conductas problemáticos del terapeuta.

Estos autores llaman *marcador* a algo que el terapeuta dice o una forma de actuar que señala una necesidad de un tipo específico de ayuda. El *marcador* informa al supervisor de la necesidad de iniciar una acción y de la naturaleza de la acción a emprender. A veces el *marcador* es algo que explícitamente pide el terapeuta mientras otras veces es más sutil o implícito (llegar tarde a las sesiones, no participar, etc.). Un mismo *marcador* puede señalar diferentes conflictos (por ejemplo, no participar puede señalar tanto una pérdida de confianza como un conflicto con el supervisor). Una vez que el supervisor y el terapeuta señalan el *marcador* se avanza hacia el *Entorno de Tarea* (*Task environment*) que consiste en una serie de estadios que los autores llaman secuencias de interacción (exploración, clarificación, trabajo sobre ella), que comprenden varias operaciones del supervisor y las reacciones o acciones del terapeuta.

Ladany, Friedlander y Nelson (2005) señalan once secuencias de interacción habituales en el Entorno de tareas de los eventos críticos:

Secuencia	**Explicación**
Foco en la alianza de supervisión	Revisar el acuerdo en tareas, relación emocional

Foco en el proceso terapéutico	Explorar lo que ocurre entre terapeuta y paciente
Exploración de sentimientos	Típicamente foco en el aquí y ahora. Sentimientos sobre cliente, supervisor, otras relaciones, etc.
Foco en contratransferencia	Sentimientos del terapeuta hacia el cliente y por qué o qué los desencadena
Atención al proceso de paralelismo	Similitudes entre la interacción terapéutica y la de supervisión
Foco en la auto-eficacia	Sentido de confianza del terapeuta en sus habilidades, en su rol
Normalizar la experiencia	Confirmar que la experiencia del terapeuta es frecuente y esperada
Foco en la habilidad	El porqué y el cómo de la aplicación de una teoría o técnica. Incluye *role playing* o discusión de cómo hacerlo específicamente
Evaluar conocimiento	El grado en el que el terapeuta es conocedor de conceptos, investigación etc., relevantes para el caso
Foco en conciencia multicultural	Conciencia de la diferencia o similitud en cuanto a género, orientación sexual, etnia, estatus socio-económico, etc.
Foco en la evaluación	Discusión del desempeño del terapeuta como supervisando y como profesional

Por fin se llega a la *Resolución* como el resultado de acometer una determinada Tarea en supervisión. Durante la fase de resolución, se produce en la terapeuta un cambio en la autoconciencia (en los sesgos personales, sentimientos, creencias y cómo influyen en su trabajo con el paciente), conocimientos (teórico y práctico, habilidades), o alianza de supervisión (vínculo emocional, acuerdo en objetivos y tareas).

4.3. Modelo de supervisión integradora basada en la construcción de narrativas terapéuticas

Estamos de acuerdo con la afirmación de Norcross (Norcross y Halgin, 1997, pg. 203) cuando señala: “el énfasis ha de ponerse en *cómo pensar* más que en *qué es lo que hay que pensar”*.

La supervisión desde una orientación de modelo único puede aportar más sentido de control y de precisión al supervisado, lo que es especialmente apreciado por los terapeutas que se inician en su profesión. Es más fácil que desde un modelo de escuela única (sea sistémico, psicoanalítico, cognitivo, etc.) de supervisión se vayan repitiendo técnicas y actitudes relacionales durante las sucesivas supervisiones, de modo que la terapeuta pueda ir adquiriendo con más rapidez, una mayor sensación de control de la tarea.

La supervisión desde una perspectiva integradora, en nuestro caso basada en la construcción de narrativas terapéuticas, puede apreciarse por la terapeuta en formación como más cambiante de unos casos a otros, más imaginativa o espontánea, con las ventajas e inconvenientes que ello pueda aportar. Los terapeutas pueden percibirla como más costosa de incorporar y más generadora de ansiedad o incertidumbre. Seguramente es más largo y dificultoso el desarrollo de un terapeuta en competencias múltiples que en una o dos competencias.

Por otra parte, desde la supervisión con una mirada integradora, los conflictos emocionales y cognitivos que una actitud abierta y flexible puede generar emulan de alguna forma los conflictos de la vida real que los pacientes nos traen a la terapia. Podrían además promover con más naturalidad y coherencia actitudes en el terapeuta que se han relacionado con buenos resultados terapéuticos, como son la curiosidad, la flexibilidad cognitiva o la aceptación de la experiencia del otro.

La supervisión, dependiendo del caso, puede focalizarse en diferentes

niveles:

- Centrada en las dificultades institucionales o del contexto en el que se enmarca la psicoterapia.
- Centrada en la relación terapeuta-paciente.
- Centrada en la relación supervisor-terapeuta.
- Centrada en las fases u otros aspectos del proceso psicoterapéutico.
- Centrada en técnicas concretas.

El objetivo de la supervisión, desde nuestro punto de vista, es entrenar a los clínicos a *reconocer y adaptarse a las necesidades de sus pacientes desde una posición de comodidad y con una actitud centrada en potenciar su empoderamiento*. Para ello elegiremos como punto de partida la narrativa de la queja inicial del paciente y como terapeutas buscaremos capacitarnos en:

1. Establecer una relación de ayuda.
2. Reconocer los puntos de posible desestabilización de la narrativa inicial de la queja.
3. Co-construir una pauta problema que será el foco inicial del contrato terapéutico y acordar explícitamente el contrato terapéutico.
4. Utilizar técnicas que faciliten la evolución del significado narrativo.
5. Reconocer la repercusión de la terapia en el terapeuta como persona: "¿cómo me afecta esta terapia a nivel personal?".
6. Reconocer las propias fortalezas como terapeuta y ponerlas al servicio de la ayuda en la resolución del problema.

Las dificultades y las oportunidades las vamos a buscar en esas áreas que acabamos de señalar.

El supervisor, a su vez, ha de adaptarse también a las necesidades del terapeuta y preguntarse: ¿Cuáles son los recursos que esta terapeuta ya tiene? ¿Qué necesita este terapeuta de mi experiencia como supervisor? ¿Necesita discutir el empleo de una técnica? ¿Hablar acerca de una dificultad personal que se ha suscitado en este caso? ¿Explorar una reacción contratransferencial? ¿Retomar un foco de trabajo que ha perdido con el paciente?

Dentro del enfoque basado en la construcción de narrativas terapéuticas, el modelo de entrenamiento basado en la indagación apreciativa descrito por Fialkov y Haddad (2012), tiene como meta animar a los terapeutas noveles a

identificar sus fortalezas personales, focalizar su memoria y su atención en los orígenes de dichas fortalezas y cultivarlas al servicio de la supervisión y la terapia. Para la o el supervisor el reconocimiento de las fortalezas de los terapeutas tiene importantes repercusiones en la orientación de la supervisión.

Rashid (2009) sugiere que la intervención (lo mismo que la supervisión) no trata de negar las dificultades, el conflicto, el malestar que pueda surgir en la interacción, sino que anima al paciente (o al terapeuta) a utilizar sus fortalezas para entender sus dificultades. En su método de entrenamiento Fialkov y Haddad (2012) solicitan la "presentación de las fortalezas", en forma de narrativas, metáforas, imágenes etc. De igual importancia para estos autores es el hecho no sólo de animar al terapeuta a centrar la memoria en las fortalezas, sino en el proceso de contar la narrativa de dichas fortalezas ante una audiencia (el grupo de supervisión) que refleja y las valora usando el proceso del diálogo reflexivo (Andersen, 1987).

De esa manera, la discusión se convierte en una conversación colaborativa en la que el supervisor junto con los integrantes del grupo se pregunta: "¿dónde tienen sus raíces tus fortalezas?, piensa en tu familia, tu género, tu cultura... y sitúa tus fortalezas en una imagen, o en una narrativa que nos ayude a todos a ver con claridad". Para después animar al terapeuta a preguntarse: "¿Cómo se manifiestan estas fortalezas en tu práctica clínica? ¿Qué recursos surgen con claridad y cuáles son menos visibles? ¿Cómo imaginas que esos recursos pueden manifestarse en la supervisión?".

Para estos mismos autores (Fialkov y Haddad, 2012) la narrativa tiene ese poder transformador precisamente porque trasciende la dicotomía de gran parte del mundo científico de centrarse o bien en la estructura (ciencias físicas) o bien en la agencia (ciencias sociales). Esto se traduce en que mientras la supervisora se centra en el contenido de una escena de terapia, supervisando a través de un role playing o solicitando la construcción de una escultura de la escena, o en la práctica de una técnica concreta, etc., lo hace facilitando que el aprendizaje surja a través del punto de partida del reconocimiento de las fortalezas (la presentación de las fortalezas) del terapeuta.

La labor del supervisor/a desde este enfoque narrativista basado en la indagación apreciativa, consiste en:

1. Generar un clima de confianza y apertura lejos de la crítica y el juicio. Es útil explicitar desde el principio que si en una supervisión la terapeuta sale del espacio de supervisión con una sensación de incapacidad o de vulnerabilidad mayor es porque el supervisor/a lo ha hecho mal. Ese punto de partida indica lo que *no se puede hacer nunca* en supervisión. En cambio, tampoco se explicitará *lo que hay que hacer* de un modo único o normativo porque desde una perspectiva narrativa se reconoce que son muchos los caminos posibles.
2. Reconocer los nodos más importantes de dificultad así como los nodos de fortalezas, tanto en la propia narrativa del paciente como en la relación terapéutica y en cada uno de sus integrantes (paciente y terapeuta). Una terapeuta con más facilidad para mantener una conversación con un paciente sobre sus esquemas de pensamiento puede ser igual de eficaz que otra que con el mismo paciente construye esa conversación desde la postura y el movimiento corporal. Pero puede ocurrir que haya un camino, por ejemplo el de la biografía, que sea inútil intentar con ese mismo paciente o en ese determinado momento vital. Es decir hay muchas llaves que abren una misma cerradura pero también hay llaves que nunca funcionarían con esa misma cerradura.
3. Acordar explícitamente (como se hace con el contrato terapéutico) un foco de supervisión con el terapeuta o grupo de terapeutas. Ese contrato de supervisión puede incorporar aspectos generales que afectan a más de una sesión de supervisión (tiempos, objetivos, métodos, costes, etc.) o referirse al contrato específico de una sesión (cuál va a ser el foco, métodos, participantes, etc.).
4. Si se trata de una supervisión grupal, facilitar la participación y el aporte de nuevas ideas por parte de todos los integrantes del grupo. Para modelar una actitud de ayuda no normativa, puede ser útil animar a que cada uno de los integrantes del grupo, cuando intervenga, lo haga hablando desde su experiencia, sin pretender saber o corregir los sentimientos o la sabiduría del otro. Por ejemplo, el supervisor interrumpiría (para reflexionarla) una intervención de un compañero del grupo del terapeuta que señalara: “Tú lo que tienes es miedo a que el paciente se descontrole emocionalmente” y ese mismo supervisor le pediría a ese integrante del grupo que formulara su

intervención de otra manera. Por ejemplo: “Cuando yo me he encontrado con un paciente así, lo que he sentido es mucho miedo”. En cada intervención, sugerir a los participantes que destaquen primero lo que ha sido útil de lo que el terapeuta ha hecho hasta ahora y después progresar en la discusión preguntándose qué se puede hacer o qué se podría haber hecho de otra forma.

5. Reconocer, cuando surgen, las disparidades y faltas de acuerdo con el terapeuta, explicitarlas y convertir éstas en foco de supervisión. Para ello es útil facilitar que todos los participantes compartan sus percepciones acerca de la relación de supervisión desde la perspectiva de cada uno o una.
6. Ayudar a elaborar y acordar unas conclusiones generales sobre pautas de acción en el caso.
7. Facilitar que se compartan conclusiones particulares de cada integrante de la supervisión. Para ello se puede pedir a cada uno de los participantes que responda a la pregunta “¿Qué te llevas tú de esta discusión?”.
8. Reconocer explícitamente los objetivos de la supervisión y los límites entre supervisión y terapia. Nos resulta útil entender que la supervisión no tiene la intención de centrarse en la persona del terapeuta ni la estructura de su personalidad o conflictos, sino en el proceso de la relación entre terapeuta y paciente y enfocar los conflictos personales del terapeuta sólo cuando suponen una oportunidad o un obstáculo para la terapia.

Con estos planteamientos que, basados en la indagación apreciativa, nos facilitan como supervisores el mantenimiento de una actitud en la práctica, puede ser de ayuda disponer de listados de preguntas que abren con más facilidad campos de exploración que con frecuencia se necesitan visitar durante la supervisión**.**

En nuestra experiencia puede resultar útil animar a los terapeutas en formación a hacerse de vez en cuando las siguientes preguntas (Freedman y Combs, 1996):

- ¿Estoy pidiendo más de una descripción de una realidad?
- ¿Estoy escuchando para entender cómo ha sido construida socialmente la realidad experiencial de esta persona?
- ¿De quién es el lenguaje que está siendo privilegiado aquí? ¿Estoy intentando aceptar y entender las descripciones lingüísticas de esta persona? Si ofrezco

una tipificación o distinción en mi lenguaje ¿por qué estoy haciendo esto?
- ¿Cuáles son las historias que mantienen los problemas de esta persona? ¿Son éstas historias dominantes que oprimen o limitan la vida de la persona? ¿Qué historias marginales estoy escuchando? ¿Hay pistas de historias marginales que todavía no han sido habladas?
- ¿Estoy centrándome en los significados, en vez de en los “hechos”?
- ¿Estoy evaluando a esta persona o estoy invitándola a evaluar un amplio rango de cosas (cómo marcha la terapia, direcciones preferidas en la vida, etc.)?
- ¿Estoy situando mis opiniones en mi experiencia personal? ¿Estoy siendo transparente acerca de mi contexto, mis valores, mis intenciones, de forma que esta persona pueda evaluar los efectos de mis sesgos?
- ¿Me he dejado atrapar en un pensamiento patologizante o normativo? ¿Estamos definiendo los problemas de modo colaborativo basado en lo que es problemático para la experiencia de esta persona?

5. El rol de supervisor/a

La supervisora con frecuencia desarrolla el papel de profesora, consultora y apoyo para el terapeuta (Gold, 2004).

Chagoya y Chagoya (1994) citaban a Sachs cuando éste afirmaba que quería ayudar a los alumnos a mantener un fuerte y científico escepticismo, recomendando que la supervisora no permitiese al estudiante verle a él o a ella como una especie de Prometeo que trae la luz a aquellos que caminan en la oscuridad, sino, en todo caso, *“como un guía extremadamente corto de vista, de un ciego”*. Es frecuente que al principio, cuando tiene menos experiencia, el supervisor adopte modos más narcisistas, queriendo mostrar todo lo que sabe y sus habilidades. A medida que va ganando experiencia, se irá dando cuenta de que una supervisión suficientemente buena tiene que partir del respeto por lo que el terapeuta trae, de su forma y estilo personal y establecer una relación colaborativa (Chagoya y Chagoya, 1997).

Ser una buena terapeuta no quiere decir necesariamente que seas una buena supervisora. Gold señala que el éxito o fracaso de la supervisión depende en gran parte de las actitudes del supervisor (Gold, 2004).

Algunos autores describen cuatro estilos de supervisores (Gold, 2004):

1. El *facilitador*. El estilo es consultivo. Es un tipo de supervisión interactiva en el cual tanto la supervisora como el supervisado, cualquiera de los dos y ambos, determinan la agenda de la sesión de supervisión, mientras que el supervisor anima a esclarecer aspectos del proceso psicoterapéutico.
2. El supervisor *confrontador* y *directivo*. La supervisora es la responsable de la sesión y ofrece sus interpretaciones. Se discuten tanto aspectos del paciente como aspectos que atañen al terapeuta.
3. El *experto*. El supervisor está en control de la sesión y hace que el foco sea el paciente sin que se discutan aspectos contratransferenciales, aunque sí se discuten aspectos de la dinámica que motivan, a su juicio, la sintomatología del paciente.
4. El *orientado a la tarea*. El supervisor determina el trabajo a hacer durante la sesión de supervisión y se focaliza en el contenido. Ni en la terapia ni en la supervisión se incluyen aspectos de la contratransferencia.

6. Formatos de supervisión

El formato más común y más frecuentemente utilizado es el de la supervisión en base a las notas que el terapeuta ha tomado durante o después de las sesiones de terapia. Tiene el riesgo de olvidos y sesgos del terapeuta y también de la dificultad de que éste se dé cuenta de sus puntos ciegos. Sin embargo, es cierto que el proceso de supervisión puede remontar estas dificultades al fijarse no sólo en el contenido de la sesión sino en el proceso de cómo se presenta ese contenido. Las notas son también un buen instrumento para hacer un seguimiento y tener una mirada longitudinal del caso.

Otros formatos de supervisión implican el uso de audio o vídeo grabaciones. El audio tiene la ventaja de poder dar un cuadro más fiable al supervisor acerca de cómo maneja el terapeuta la sesión. Es útil pedirle al terapeuta que traiga seleccionados un par de fragmentos a la supervisión solicitándole también los motivos por los que ha elegido esos fragmentos en particular.

La grabación en vídeo es la tecnología más valorada que posteriormente ha revolucionado la supervisión para los terapeutas de todas las orientaciones (Breunlin, Karrer, McGuire y Cimmarrusti, 1988). Nos aporta información no verbal más amplia y valiosa. En este formato el terapeuta se puede sentir más vulnerable y siempre se aconseja cuando la relación de supervisión está bien establecida, ya que como señala Neufeldt (Goodyear, y Nelson, 1997) la

reflexión en supervisión sobre la propia práctica requiere de una voluntad de ser vulnerable como cualidad esencial y de examinar nuestro trabajo desde una posición de humildad.

Otros formatos de supervisión son las supervisiones en vivo, en las que el supervisor interviene como coterapeuta ocasionalmente o de forma continuada, o bien observa las sesiones de terapia a través del espejo unidireccional o circuito de vídeo.

Los terapeutas sistémicos han sido también los que de un modo más sistemático han utilizado la supervisión en vivo. Los espejos unidireccionales u otros sistemas que permiten la visualización en simultáneo de las sesiones ha sido más utilizados por los terapeutas sistémicos que por ningún otro (Schwartz, Liddle &, Breunlin, 1988). Este uso cotidiano ha permitido la realización de hallazgos importantes como el del equipo reflexivo (Andersen, 1987, 1991).

Podemos establecer otra distinción de formatos de supervisión en función de si ésta se realiza individualmente o en grupo. La supervisión con un grupo de terapeutas sigue las mismas indicaciones que para la supervisión individual solo que se aprovecha el beneficio del *feedback* de los pares del grupo y puede ser deseable cuando hay pocos supervisores disponibles (Gold, 2004). También algunos autores señalan que este *feedback* puede a veces ser más fácilmente aceptable o entendible que el del supervisor. El grupo además puede actuar como un importante apoyo para el terapeuta que presenta el caso (Goodyear y Nelson, 1997).

7. La alianza de trabajo de supervisión

De acuerdo con Bordin (1983, en Ladany, Friedlander y Nelson, 2005) la alianza de supervisión, como la alianza terapéutica, tiene tres componentes:

1. El acuerdo entre supervisora y terapeuta sobre los objetivos de la supervisión (entrenar habilidades, aumentar la capacidad de conceptualización, tomar conciencia de la influencia que los sentimientos hacia un cliente tienen sobre la terapia etc.).
2. El acuerdo en las tareas que han de desarrollarse para cumplir esos objetivos.
3. El vínculo emocional fuerte (cuidado mutuo, confianza y respeto) que se

establece entre supervisora y terapeuta.

Paradójicamente, supervisores que son terapeutas sensibles y empáticos con sus clientes pueden no conseguir demostrar el mismo nivel de preocupación y atención hacia sus supervisados, sobre todo cuando dan un *feedback* crítico.

A veces la alianza de supervisión puede ser el único o el principal foco de ésta.

8. La sensibilidad multicultural en la supervisión

La supervisión puede tener que centrarse en hacer visible el modo en el que la diversidad de culturas influye en la relación entre el terapeuta y el paciente o entre éste y otros entornos sociales significativos. La indagación en este sentido puede llegar a hacer relevantes preguntas como "¿Qué tendría que conocer yo de tu cultura?". Para facilitar este proceso la supervisora puede pedir a los terapeutas que compartan lo que deseen acerca de su trasfondo cultural. Un elemento de orientación importante es que lo que suele ser útil, más que el conocimiento de la cultura del otro, es la capacidad de detectar los sesgos que la propia cultura produce en nuestro modo de aproximación al paciente o al supervisado.

Una terapeuta habla con una paciente que rechaza toda ayuda terapéutica, pese a encontrarse en un proceso depresivo:

T: Si usted misma me está expresando su malestar ¿por qué no me permite conocerla e intentar ayudarla?

M: Yo soy asturiana y los asturianos somos gente amable pero cerrada y no nos gusta hablar de nuestros problemas ni de sentimientos.

T: Y siendo así, ¿cómo puedo yo conseguir que usted me permita ayudarla?

M: Pues mire, para empezar trátame de tú porque allí en Asturias, el trato de usted no es un signo de respeto sino de distancia.

La secuencia anterior puede ser un buen ejemplo para ilustrar cómo puede surgir una importante información, procedente de la cultura de la paciente, que facilita que la terapia sea posible. Por otro lado, no tiene por qué tratarse de una cultura muy alejada de la del propio terapeuta, como en este caso. En ocasiones, las culturas más aparentemente cercanas por el hecho de compartir lengua o raíces comunes pueden ser las que hagan más difíciles la visualización de las diferencias.

9. Desarrollar una sensibilidad ética

En psicoterapia se plantean dilemas éticos que han de ser objeto de la supervisión. Uno de los objetivos de ésta es entrenar al terapeuta o a los participantes en el grupo de supervisión en una toma de decisiones éticas. Identificar los conflictos éticos con las posibles consecuencias de distintas decisiones y discutir los miedos y ansiedades detrás de la toma de decisiones, es una de las tareas que han de abordarse en supervisión.

10. Técnicas de la supervisión

El supervisor valorará, de acuerdo al material que se presenta o va surgiendo en la sesión de supervisión, cuáles serán las técnicas más útiles en cada caso y valorará también la resonancia que su propuesta de técnica tenga sobre la terapeuta o grupo de terapeutas.

1. La supervisora cuida el mantener una actitud de flexibilidad y ser capaz de cambiar la técnica o la estrategia de supervisión si el *feedback* está siendo negativo. Por ejemplo, un terapeuta con más auto-dirección probablemente se beneficiará más de una supervisión menos directiva y más provocadora de sus propias preguntas y respuestas que otro terapeuta que busca más activamente consejo o aprendizajes concretos.
2. Como se señalaba más arriba, entendemos que el supervisor reconoce y respeta el estilo individual de cada terapeuta cuidando de no imponer el estilo propio.
3. A veces el aprendizaje de una técnica concreta se desarrolla más eficazmente a través del *role playing* durante el espacio de supervisión. El supervisor puede tomar el papel del terapeuta y éste el del paciente. Otras veces son los demás miembros del grupo los que escenifican lo que han recogido de lo relatado por el terapeuta con el objetivo de ayudar a éste a ver posibles puntos ciegos en lo que está sucediendo.
4. También puede ser muy útil trabajar con esculturas que representen secuencias terapéuticas que pueden tener el doble resultado de ayudar a un terapeuta a reconocer dificultades u oportunidades no tomadas en cuenta hasta ahora y al mismo tiempo capacitarle en el uso de una técnica o de llevar adelante una conversación determinada.
5. Muy provechoso para la discusión es el visionado de algunas secuencias de terapia durante la sesión. Animar a los terapeutas a que traigan grabaciones

en audio o vídeo.

6. Hacer explícitos los paralelismos que surjan entre la relación terapéutica y la supervisión porque cuando se detectan y se exploran, son una fuente de información y experiencia muy rica. Esos paralelismos se pueden observar en la conducta y actitud del terapeuta durante la supervisión, que adopta modos parecidos a como lo hace su paciente en terapia; otras veces el terapeuta establece con el supervisor una relación similar a la que su paciente establece con él mismo.
7. Durante la supervisión grupal también es frecuente la utilización de ejercicios experienciales, exposiciones teóricas, trabajo en grupos pequeños con presentación al grupo grande, etc. Si bien las exposiciones pedagógicas pueden tener su papel en una supervisión determinada, hay que cuidar que no sea el método dominante con respecto al aprendizaje interpersonal que describimos y consideramos el método base, generador de todos los demás.

11. Actitudes en supervisión

El supervisor debe mostrarse flexible dispuesto a dar un *feedback* desde una posición de no juzgar y de no criticar, sino de impulsar el crecimiento y el empoderamiento de la persona en su rol como terapeuta.

La supervisora tiene una oportunidad durante la supervisión de aplicar los mismos métodos que también son eficaces en la terapia, cuidando especialmente de no convertir la supervisión en una terapia. La relación se podría definir como una relación de “indagación compartida” en la que la supervisora está dispuesta a compartir con la terapeuta las dificultades que ella misma ha encontrado en su trabajo, lo que considera que han sido sus terapias fallidas o exitosas. Con ello marca también un estilo de relación abierto en que se presenta como una persona vulnerable y permite implícitamente que el otro lo haga también.

Desarrollar el trabajo de supervisor puede tener el riesgo de que, como supervisores, creamos que siempre debemos tener las respuestas, ser competentes y estar en control de todo. Esas creencias pueden limitar la capacidad del supervisor y dificultar un clima donde equivocarse o mostrarse vulnerable sea algo que se valore y no que se tenga que evitar.

Podrían establecerse algunos principios a tener en cuenta sobre la forma de dar *feedback* por parte del supervisor:

- Ser explícito. Llamar la atención sobre lo que se va a decir, resaltarlo. Hacer espacio antes de decir algo que se considera significativo.
- Hacer comentarios o señalamientos que no transmitan que esa visión, la del supervisor, es la única forma de ver la realidad.
- Animar al terapeuta a que reflexione sobre diferentes alternativas a esa realidad.
- Hacer preguntas que orienten al terapeuta sobre el *feedback* que se le va a dar a continuación, buscando que la terapeuta lo tenga ya casi construido en su interior antes de escucharlo en palabras o gestos del terapeuta.
- No ir impulsivamente a dar *feedback*. Ser capaz de parar.
- Equilibrar los aspectos positivos de una intervención junto con los riesgos que puede entrañar ésta.
- Ser claro y acordar un *feedback* final.
- Interesarse, pedir *feedback* al terapeuta sobre los resultados del *feedback* dado por el supervisor.

En cuanto a la forma de recibir el *feedback* por parte del terapeuta habría que animar a éste a (Hawkins y Shohet, 2000):

- Solicitar aclaraciones y preguntar si no es una devolución clara.
- Escuchar toda la intervención de un modo no crítico, sin juzgar ni ponerte rápidamente a la defensiva.
- Escuchar el *feedback* como la experiencia que el otro/s tiene de ti. Agradecerlo al final.
- Pedir un *feedback* que no te hayan dado pero que te interesa escuchar.

12. Formación del o la supervisora

Para la formación de los supervisores, el director del programa ha de revisar las habilidades de los futuros supervisores. Para ello Hawkins (Hawkins y Shohet, 2000) utiliza el modelo de las seis categorías de intervención de Heron. Está diseñado para clasificar dentro de uno de esos criterios las intervenciones facilitadoras para ayudar a tomar conciencia de qué tipo de intervenciones son las que utiliza uno preferentemente en su rol de supervisor, en cuales está más cómodo o cuáles teme hacer. Esas seis categorías de intervención son:

- *Prescriptiva*: dar consejo.

• *Informativa*: ser didáctico, instructivo, dar información.
• *Confrontativa*: dar un *feedback* directo, desafiante.
• *Catártica*: liberar tensión.
• *Catalítica*: ser reflexivo, animar a una resolución de problemas auto-dirigida.
• *Apoyo*: aprobar, confirmar, validar.

13. Ejemplos de secuencias de supervisión

Para terminar este capítulo lo hacemos con la clínica y con algunos ejemplos de secuencias de supervisión que esperamos que ayuden a poner en juego las ideas teóricas expuestas.

1. Paralelismo

Un terapeuta al supervisor, con voz baja, casi susurrando, hablando sobre una paciente con un diagnóstico médico de colitis ulcerosa grave con la que está trabajando desde hace una semana por los sentimientos de desesperanza de ella: "Marta no mejora, yo no sé qué hacer, ella está muy preocupada, el médico de digestivo que la lleva también, no ven que avance en nada su estado de ánimo".

Pregunta: ¿Cuál es el estado de ánimo de ese terapeuta?, ¿dónde se refleja el paralelismo?

2. Identificación y pérdidas anteriores del terapeuta

T (Terapeuta): No sé si hice bien con una paciente ayer…

SV (Supervisor): ¿A qué te refieres?

T: Se despedía de mí porque iba a San Jacinto (centro de paliativos). Me pidió que le diera un abrazo. Se lo di.

SV: ¿Qué es lo que dudas de tu actuación? ¿Qué es lo que quieres supervisar?

T: No sé si hice bien en darle un abrazo… pero la vi tan emocionada… ella no hablaba de la muerte… pero estaba claro entre nosotras que se trataba de una despedida… de la última vez que nos veíamos. Y no sé quién necesitaba más el abrazo, si ella o yo…

SV: ¿Cómo te sentiste después de abrazarla?

T: Bien, aliviada. Fue muy emocionante para mí. No sé si voy a poder estar a la altura… si voy a soportar ver pacientes que se están muriendo…

SV: ¿Qué experiencias has tenido de la muerte de personas queridas?

T: Una muy importante, la de mi padre, fue hace cuatro años… (se emociona, llora). Fue repentina. Estaba bien. Sufrió una hemorragia cerebral. Yo estudiaba en Madrid. Mis padres viven en Sevilla. Me llamaron. Fui corriendo.

SV: No te dio tiempo a despedirte…

T: Duró como veinte días en la UVI aún… pero yo ya no le vi… No quise entrar. Quería recordarle bien, como él era… no en coma en una UVI. Todos los demás de mi familia entraban. Me decían que entrase, que si no me iba a quedar con eso, pero yo sabía que no, que prefería recordarle bien, vivo, alegre… En mi familia tenían miedo de que yo me viniera abajo. Siempre he sido una persona muy sensible.

SV: Ahora es más fácil comprender lo que te costó despedirte de tu paciente.

T: Sí.

SV: ¿De quién te estabas despidiendo también a través de ella?

T: Sí, sí, no lo había pensado. Era la despedida que no hice de mi padre... (llora).

SV: ¿Cómo te sientes después de que hayamos hablado esto?

T: Bien, aliviada. Me alegro de haberlo hecho. No tenía pensado contártelo. Sólo salió, así… al hablar de Carmen.

SV: Los pacientes también nos ayudan, con sus problemas, a ver los nuestros.

T: Sí.

SV: Estuvo bien que Carmen quisiera despedirse de ti. Habla de que te habías convertido en una persona significativa para ella.

T: Sí, creo que ella sentía que yo la ayudaba… Y ahora veo que también ella me ayudó a mí.

SV: Parece que estás enfrentando tus sentimientos abiertamente. A mí también me ayuda a poder comprenderte y ayudarte a progresar en tu formación más adecuadamente. Te animo a que lo sigas haciendo así y a que observes tus sentimientos al mismo tiempo que los de tus pacientes. Este ha sido un ejemplo de cómo la conversación entre tú y la paciente se conectó con la conversación pendiente, igual que tu despedida, dentro de ti.

14. Lecturas recomendadas

WATKINS J (Ed.) (1997). *Handbook of Psychotherapy Supervision*.

Chichester: J. Wiley & Sons. Libro de consulta que recoge modelos y problemas más frecuentes en supervisión.

HAWKINS P y SHOHET R. (2000). *Supervision in the helping professions*. Filadelfia: Open University Press. Revisa y propone una metodología de supervisión que se podría considerar integradora.

KERNBERG, O.F. (1996). "Thirty Methods To Destroy The Creativity Of Psychoanalytic Candidates". *International Journal of Psycho-Analysis* 77/5, 1031-1040. Artículo clásico de un famoso psicoterapeuta de orientación psicoanalítica como Otto Kernberg cuestionando la presión que las instituciones ejercen a veces contra la creatividad y la motivación de los terapeutas noveles.

Bibliografía

ANDERSEN, T. (1987). "Reflecting Team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work", *Family Process*, 26: 415-428.

———— (1991). *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues About the Dialogues*. Londres-Nueva York: W.W. & Norton (Trad. cast.: *El Equipo Reflexivo. Diálogos y Diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa. 1994).

BREUNLIN, D.C., KARRER, B.M., McGUIRE, D.E., CIMMARRUSTI, R.A. (1988). "Cybernetics of videotape supervision". En LIDDLE, H.A., BREUNLIN, D.C., SCHWARTZ, R.C. (Eds.). *Handbook of family therapy & supervision*. Nueva York: Guilford, 194-206.

BREUNLIN, D.C., LIDDLE H.A, SCHWARTZ, R.C. (1988). "Concurrent training of supervisors and therapist". En LIDDLE H.A., BREUNLIN, D.C., SCHWARTZ, R.C. (Eds). *Handbook of family therapy & supervision.* Nueva York: Guilford, 207-224.

CHAGOYA, L. y CHAGOYA, C. (1994). "The development of a psychotherapy supervisor". En GREBEN S.E y RUSKIN R. *Clinical perspectives on Psychotherapy Supervision.* Washington: American Psychiatric Press, 189-211.

DOEHRMAN, M.J.G. (1976). "Parallel process in supervision and psychotherapy". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40 (1): 9-83.

FIALKOV, C. y HADDAD, D. (2012). "Appreciative Clinical Training".

Training and Education in Professional Psychology, 6 (4): 204-210.
FREEDMAN, J. y COMBS, G. (1996). *Narrative therapy*. Nueva York: Norton.
GOLD, J.R. (1996). *Key concepts in psychotherapy integration*. Nueva York: Plenum.
GOLD, J.H. (2004). "Reflections on Psychodynamic Psychotherapy Supervision for Psychiatrists in Clinical Practice". *Journal of Psychiatric Practice*, 10: 162-169.
GOODYEAR, R.K. y NELSON, M.L. (1997). "The major formats of Psychotherapy supervision". En WATKINS, J. (Ed.). *Handbook of Psychotherapy Supervision*. Chichester: J. Wiley & Sons, 328-347.
GREBEN, S.E. y RUSKIN, R. (1994). *Clinical perspectives on Psychotherapy Supervision*. Washington: American Psychiatric Press.
GRUPO DE CONSENSO PARA LA ACREDITACIÓN AEN-FEAP-FEATF (2011). *Documento de trabajo*. Madrid: AEN.
HALEY, J. (1996). *Learning and Teaching Therapy*. Nueva York: Guilford Press (Trad. Cast: *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu 1994).
HAWKINS, P. y SHOHET, R. (2000). *Supervision in the helping professions*. Philadelphia: Open University Press.
HESS, A.K. (1980). *Psychotherapy Supervision: Theory, Research and Practice*. Nueva York: Wiley.
KERNBERG, O.F. (1996). "Thirty Methods To Destroy The Creativity Of Psychoanalytic Candidates". *International Journal of Psycho-Analysis*. 77/5, 1031-1040.
LADANY, N., FRIEDLANDER, M. y NELSON, M.L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision*. Washington: American Psychological Association.
LIDDLE, H.A. (1988). "Systemic supervision: conceptual overlays and pragmatic guidelines". En LIDDLE, H.A., BREUNLIN, D.C. y SCHWARTZ, R.C. (Eds.). *Handbook of family therapy & supervision*. Nueva York: Guilford, 153-171.
MAZETTI, M. (2012). "La supervisión en análisis transaccional2. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale*, XXXII, 25 (62): 1-24.

MINUCHIN, S., SIMON, G.M. y LEE, W.Y. (2006). *Mastering Family Therapy, Journeys of Growth and Transformation* (2ª ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.

NIGAM, T., CAMERON, P.M. y LEVERETTE, J.S. (1997). "Impasses in the supervisory process". *American Journal of Psychotherapy*, 51: 252-67.

NORCROSS, J.C. y HALGIN, P. (1997). "Integrative approaches to Psychotherapy Supervision2. En WATKINS, J. (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Supervision.* Chichester: J. Wiley & Sons, 203-223.

RASHID, T. (2009). "Positive interventions in clinical practice". *Journal of Clinical Psychology*, 65, 461-466.

SCHWARTZ, R.C. (1988). "The trainer-trainee relationship in family therapy training". En LIDDLE, H.A., BREUNLIN, D.C. y SCHWARTZ, R.C. (Eds.). *Handbook of family therapy & supervision*. Nueva York: Guilford, 172-182.

SCHWARTZ, R.C., LIDDLE, H.A. y BREUNLIN, D.C. (1988). "Muddles in family therapy training". En LIDDLE H.A., BREUNLIN, D.C. y SCHWARTZ, R.C. (Eds.). *Handbook of family therapy & supervision.* Nueva York: Guilford, 183-193.

SHAINBERG, D. (1983). "Teaching therapist how to be with their clients". En WESTWOOD, *Awakening the heart*. Boulder, CO: Shambhala, 2012.

Presentación de los autores

Autor del prólogo

Carlos E. Sluzki

Médico psiquiatra de origen argentino radicado en los Estados Unidos, ha participado casi desde sus comienzos en el desarrollo del campo de la terapia sistémica. Ha sido, entre otros cargos, director (1980-1983) del Mental Research Institute, en Palo Alto, California y editor de las revistas Family Process (1983-1990) y American Journal of Orthopsychiatry (1999-2004). Es actualmente Profesor en George Mason University y George Washington University. Sus libros más recientes son *La Red Social Personal: Frontera de la Terapia Sistémica* (Gedisa, 1997) y *La Presencia de la Ausencia* (Gedisa, 2013).

Editora del manual

Alicia Moreno Fernández

Doctora en Psicología. Acreditada como Psicóloga Clínica, Psicóloga Especialista en Psicoterapia (COP), Psicoterapeuta (FEAP), Terapeuta Familiar y Supervisora Docente (FEATF). Especializada en terapia familiar sistémica (Seton Hall University y Kantor Family Institute), coaching (The Coaches Training Institute) y terapia narrativa (The Institute of Narrative Therapy y Vancouver School of Narrative Therapy). Tiene más de 20 años de experiencia como profesora universitaria, participa en varios programas de formación de postgrado y ha sido durante 15 años directora del Máster en Terapia Familiar y de Pareja en la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Dirige Focus (www.focus-psicologia.com), un proyecto de atención psicológica y formación basado en el enfoque sistémico, el coaching y la terapia narrativa.

Alicia inició su especialización y carrera profesional en Estados Unidos y ha compaginado la intervención psicoterapéutica con individuos, parejas y familias con la docencia universitaria del enfoque sistémico, centrada sobre todo en los modelos de terapia familiar sistémica, terapia sistémica individual y la supervisión de terapeutas en formación. Ha presentado trabajos en numerosos congresos internacionales y es autora de artículos y capítulos de libros sobre aplicaciones del enfoque sistémico y cuestiones de género.

Autores de los capítulos (por orden alfabético)

Blanca Armijo Núñez

Licenciada en Psicología en la Universidad de Valencia y Máster en Terapia Familiar y de Pareja en la Universidad P. Comillas. Acreditada como Especialista en Psicoterapia Sistémica por la FEAP, Europsy y EFPA. Ha desarrollado su actividad profesional en la Unidad de Orientación Familiar de la Mancomunidad 2016, SS.SS. de la Mancomunidad de Mejorada del Campo, CAF del Ayuntamiento de Madrid y en el ámbito privado en CBP Psicólogos y Psicoact.

Actualmente es socia y forma parte del equipo terapéutico de Psicoact (www.psicoact.es), realizando intervenciones individuales, familiares y de pareja y supervisión de casos de familia y pareja. Profesora en el Máster de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad Pontificia Comillas, en el Curso de Especialista en Intervención Sistémica de AESFASHU y en el Máster en Intervención Familiar y Sistémica de la Universidad de Zaragoza. Miembro de la Junta Directiva de AESFASHU y de la Sección de Familia de FEAP.

Norberto Barbagelata Churruarín

Médico Psiquiatra por la Universidad Complutense de Madrid. Codirector del Grupo Zurbano de Terapia Familiar (www.grupozurbano.com). Supervisor docente y Psicoterapeuta de Pareja y Familia acreditado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas y por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. Profesor de Terapia Familiar en el Experto en Intervención Familiar en Ámbitos Sociosanitarios de la Universidad Complutense de Madrid y Supervisor de Centros de Atención a la Infancia del Ayuntamiento de Madrid, así como del Centro de Salud Mental de Hortaleza de la Comunidad de Madrid. Expresidente de la Sección de Terapia Familiar de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) y Expresidente de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF). Ha desarrollado su actividad en el ámbito de los Servicios Sociales (Protección de Menores) y de la Salud Mental.

Mark Beyebach

Doctor en Psicología, especialista en Psicología Clínica y terapeuta, docente y supervisor en Terapia Familiar por la FEATF. Ha sido director del *Máster en Terapia Familiar e Intervenciones Sistémicas* de la Universidad Pontificia de Salamanca entre 1993 y 2011 y en la actualidad es profesor de la Universidad

Pública de Navarra. Integrante de *Partners for Collaborative Solutions* (www.partners4change.net) y de la *Alianza Española de Terapia Sistémica Breve* (www.aetsb.org), entre 2011 y 2014 fue Presidente de la *European Brief Therapy Association*.

Pionero en España del enfoque centrado en las soluciones, ha impartido conferencias y seminarios sobre el tema en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y Asia, y es autor de más de sesenta publicaciones científicas sobre terapia familiar y terapia breve centrada en soluciones. Ha publicado los libros *Avances en Terapia Familiar Sistémica* (con José Navarro) (Paidós, 1995); *24 ideas para una Psicoterapia Breve* (con Marga Herrero de Vega) (Herder, 2006); *200 Tareas en Terapia Breve* (con Marga Herrero de Vega) (Herder, 2010); *Changing self-destructive habits. Pathways to solutions with couples and families* (con Matthew Selekman) (Routledge, 2013) y *Cómo criar hijos tiranos. Un manual de anti-ayuda para padres de niños y adolescentes* (con Marga Herrero de Vega) (Herder, 2013).

Ruth Casabianca

Doctora en Psicología y Mediadora. Directora del Instituto de la Familia y Terapias Breves de Santa Fe, Argentina, donde desempeña su práctica privada con familias y parejas, y es supervisora clínica. Presidente del Directorio de la Universidad Católica de Santa Fe, organizadora y ex directora de la Licenciatura en Psicología en dicha Universidad. Docente de postgrado de universidades argentinas y extranjeras, y Par Evaluador de la Comisión Nacional de Acreditación Universitaria. Presidente-Electa de IFTA (International Family Therapy Association), 2013-2015.

Co-autora del libro *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el Modelo MRI* (3ª ed.) (Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe, 2009) y autora de *Los miedos, fobias y ansiedades infantiles desde una perspectiva sistémica* (Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe, 2012). Asimismo es autora de numerosos artículos publicados en revistas argentinas y extranjeras sobre la especialidad de terapia familiar y con niños. Ha dirigido numerosas investigaciones sobre temas psico-sociales y clínicos.

Alberto Espina Eizaguirre

Psiquiatra. Psicoterapeuta (psicoanálisis, psicoterapia de grupo, psicodrama,

sistémica, gestalt, abordajes corporales). Profesor titular de Universidad. Dirigió el Máster de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País vasco hasta 2003, año en el que se desplaza a Málaga siendo coordinador de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Virgen de la Victoria hasta 2007. Actualmente trabaja en el Hospital de Día de Salud Mental El Cónsul, Málaga, del Servicio Andaluz de Salud. Codirector del Centro de Psicoterapia y Estudio de la Familia de Málaga (www.centrodepsicoterapia.es). Docente-supervisor de Terapia Familiar reconocido por la FEAP y la FEATF. Autor de varios libros entre los que destacan: *Manual de evaluación familiar y de pareja. Guía práctica para terapeutas y orientadores familiares* (CCS, 2010); *Arteterapia y psicosis. Integrando a Dionisio y Apolo* (Mandala Ediciones, 2014). Con A. Ortego: *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales* (CCS, 2013). Con M. Garrido: *Terapia Familiar. Aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales* (Ed. Fundamentos, 1995). Con B. Pumar: *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación* (Ed. Fundamentos, 1996). Los artículos publicados y algunos libros pueden descargarse en www.centrodepsicoterapia.es.

Isabel Espinar Fellmann

Doctora en Psicología. Profesora de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid) donde imparte clases en el Grado de Psicología y en el Máster Universitario en Psicología General Sanitaria y en el Máster en Investigación sobre Familia. Ha impartido clases en el Máster de Terapia de Familiar y de Pareja. Ha trabajado como psicóloga clínica en el Centro de Psicología I.A.M.CO y en la Unidad de Intervención Psicosocial de la Universidad Pontificia Comillas. Tiene varias publicaciones en artículos científicos y manuales sobre evaluación e intervención en familias reconstituidas.

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra. Director del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares (Madrid). Profesor Asociado de Psiquiatría en la Universidad de Alcalá. Director (junto con Beatriz Rodríguez Vega) del Máster en Psicoterapia de la Universidad de Alcalá (Madrid).

Desde una formación inicial como psicoterapeuta sistémico y psicodinámico

evolucionó hacia un modelo integrador desde la óptica de las narrativas desde el que ha desarrollado una extensa labor clínica, docente e investigadora.

Entre sus publicaciones más destacadas figuran los libros de *La Práctica de la Psicoterapia* (Desclée De Brouwer 2001), *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas* (Desclée De Brouwer, 2002) y *Terapia Narrativa basada en Atención Plena* (Desclée De Brouwer, 2012), todos en colaboración con Beatriz Rodríguez Vega, además de capítulos de libros y de artículos en revistas nacionales e internacionales.

Isabel Fernández Pérez

Licenciada en Medicina por la Universidad de Cantabria. Formación en la especialidad de Psiquiatría, por el sistema de residencia vía MIR, en el Hospital Rodríguez Lafora, en la Unidad Docente de Psiquiatría y Salud Mental (2001-2004). Máster de Psicoterapia Perspectiva Integradora por la Universidad de Alcalá (2002-2005). Experto en Intervención Sistémica por el Grupo Zurbano de Terapia Familiar, avalado por la FEATF. Especialista en Alcoholismo por la Universidad Autónoma de Madrid en 2003. 350 horas de supervisión acreditada en terapia familiar y sistémica en el Centro de Terapia Familiar y Comunitaria Roberto Clemente en Nueva York (2004).

Profesora de la asignatura Habilidades Terapéuticas en el Máster en Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad Pontificia Comillas desde el año 2008. Profesora de prácticas para alumnos del Máster en Terapia Familiar y de Pareja desde el año 2006. Autora de varios artículos en revistas y libros de ámbito nacional en el terreno de la psiquiatría y la terapia de familia, así como de más de 30 pósters presentados en distintos congresos nacionales e internacionales de psiquiatría. Ha colaborado como profesora de diversos cursos de psiquiatría para atención primaria a través de la agencia Laín Entralgo.

Vanessa Gómez Macías

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Psiquiatría. Ha prestado servicios como Facultativo Especialista de Psiquiatría en el Hospital Universitario de Móstoles y en la actualidad en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Psicoterapeuta de Familia y Pareja, acreditada por la Federación Española de

Asociaciones de Psicoterapia (FEAP), realizó su formación externa en la Unidad Operativa Compleja de Psicoterapia de la Universidad La Sapienza, así como en el Instituto Europeo de Formación y Consulta Sistémica (IEFCoS) en Roma.

Es miembro de la Junta Directiva de la Asociación para el Estudio de la Familia y otros Sistemas Humanos (AESFASHU), y docente en el Centro de Estudios Sistémicos, en el Centro Ágora Relacional y en el Máster en Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad Pontificia Comillas. Forma parte del equipo terapéutico de Psicoact: Sistemas de Salud Integral y Psicoterapia.

Leonard David Greenberg

Doctor en Psicología Clínica. Profesor asociado de Harvard Medical School. Profesor del Family Therapy Institute en Washington, D.C. (Campus de Boston). Anteriormente fue profesor en Atlanticare Medical Center. Ha impartido docencia y supervisado trabajo clínico de terapia familiar y de pareja en el área de New England. Autor de varias publicaciones relacionadas con la terapia familiar y con la supervisión clínica.

Ana Lebrero Rosales

Psicóloga. Terapeuta familiar y de pareja. Psicodramatista. Formación en Terapia Gestalt. Experta en Selección de Personal. Experta en TIC (Técnicas de Integración Cerebral). Profesora en el Máster de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad Pontificia Comillas desde el año 1998 en las asignaturas: Duelo, Taller Familia Origen del Terapeuta, Habilidades Terapéuticas, Modelos de Terapia Familiar Sistémica y talleres breves de formación en terapia sistémica para profesionales. Supervisora de prácticas del MTFP en el Centro de Servicios Sociales de San Blas y en el Centro de Formación Padre Piquer. Psicoterapeuta en el Centro de Atención a las Familias (Centro de Formación Padre Piquer). Formadora y supervisora de equipos profesionales de Servicios Sociales. Actualmente es psicoterapeuta colaboradora en la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama. Ha colaborado como psicoterapeuta en la Unidad Clínica de la Universidad Pontificia Comillas. Ha dirigido el área de tratamientos infantiles en ONG con niños con diferentes minusvalías físicas y psíquicas. Asimismo, dirigió un equipo de terapeutas profesionales en ONG (VIH/SIDA) entre los años 1995-2001. Psicoterapeuta acreditada por la

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Psicóloga Especialista en Psicoterapia acreditada por el COP y la EFPA.

Marisa López Gironés

Psicóloga Clínica en el Centro de Salud Mental del distrito de Hortaleza (Madrid). Psicoterapeuta. Profesora del Master de Psicoterapia Perspectiva Integradora de la Universidad de Alcalá de Henares. Imparte cursos del Master en otros lugares de España. Profesora del Master en Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad Pontificia Comillas. Colaboradora clínica y Supervisora de la Unidad de Formación e Investigación en Psicoterapia del Hospital Universitario la Paz. Línea de investigación en violencia de género (en el ámbito laboral hacia mujeres con enfermedad mental grave y violencia hacia las mujeres por parte de su pareja), en la que ha participado impartiendo cursos, realizando artículos y guías de atención para profesionales.

María Pilar Martínez Díaz

Doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas y Directora del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria de dicha Universidad. Trabaja como psicoterapeuta familiar y de pareja en la UNINPSI de la Universidad Pontificia Comillas y en la formación y supervisión de alumnos desde el año 2000. Ha sido directora del Máster en Terapia Familiar y de Pareja y de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la universidad. Sus líneas de investigación preferentes son aspectos de género en las relaciones familiares, aspectos relacionales en familias de doble empleo y el perdón en las relaciones familiares y de pareja.

Cristina Polo Usaola

Psiquiatra. Jefa de los Servicios de Salud Mental de Hortaleza (Servicio Madrileño de Salud). Doctora en Medicina por la Universidad de Alcalá. Profesora del Máster en Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad Pontificia Comillas desde 2001 hasta la actualidad y del Máster de Psicoterapia Perspectiva Integradora de la Universidad de Alcalá de Henares. Colaboradora de la Unidad de Psicoterapia del Hospital la Paz.

Sus líneas de investigación y experiencia preferentes son la inclusión de la terapia de familia en el sistema sanitario público, la perspectiva de género en psiquiatría y psicoterapia y la violencia de género. Autora de varias ponencias,

publicaciones en revistas y libros relacionadas con estos temas. Participante en la elaboración de las Guías de Atención Especializada para abordar la violencia hacia las mujeres (Consejería de Sanidad, Madrid 2010) y Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave (Consejería de Sanidad, Madrid 2012). Colaboradora docente habitual en cursos de formación a profesionales sanitarios en violencia de género organizados por la Consejería de Sanidad de diferentes autonomías y por la Escuela Nacional de Sanidad.

Alfonsa Rodríguez Rodríguez

Doctora en Trabajo Social, Diplomada en Trabajo Social y Licenciada en Sociología (Especialidad Psicología Social) por la Universidad Complutense de Madrid. Psicoterapeuta Familiar y de Pareja y Supervisora Docente acreditada por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Profesora titular de la UCM y Codirectora del Grupo Zurbano de Terapia Familiar (www.grupozurbano.com). Ha desarrollado su trabajo en el ámbito de la salud mental y en el ámbito de lo social en su sentido más amplio (maltrato y abuso sexual, minorías étnicas, entre otros). Directora del Experto en Intervención Familiar en Ámbitos Sociosanitarios de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.

Beatriz Rodríguez Vega

Psiquiatra. Jefa de sección de Psiquiatría del Hospital Universitario la Paz. Profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Coordinadora de la Unidad de Enlace y la Unidad de Psicoterapia. Sus campos de experiencia específica son en psicoterapia, especialmente en el área de psicooncología, dolor crónico y trauma. En la última década ha integrado las prácticas de Mindfulness con la terapia narrativa. Es directora del Máster de Psicoterapia perspectiva Integradora de la Universidad de Alcalá de Henares desde 1997.

Entre sus publicaciones más destacadas figuran los libros de la *Práctica de la Psicoterapia* (Desclée De Brouwer 2001), *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas* (Desclée De Brouwer, 2002) y *Terapia Narrativa basada en*

Atención Plena (Desclée De Brouwer, 2012), además de capítulos de libros y de artículos en revistas nacionales e internacionales.

Lyn Eileen Styczynski

Doctora en Psicología Clínica. Profesora Asociada de Harvard Medical School. Directora de formación clínica en The Family Center, Inc., en Somerville, Massachussetts. Profesora del Instituto de Terapia Familiar de Washington, D.C. (Campus de Boston). Supervisora acreditada por la American Association of Marital and Family Therapy (AAMFT). Ha impartido cursos y talleres en terapia familiar y de pareja en el área de New England. Autora de varias publicaciones relacionadas con la terapia familiar y la supervisión clínica.

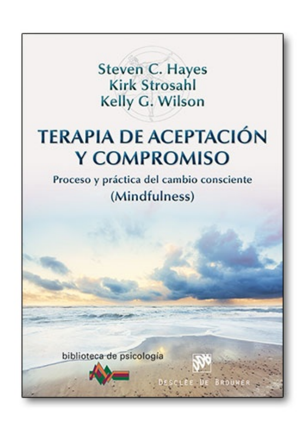
Teresa Suárez Rodríguez

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Directora de Psicoact: Sistema Integral de Salud y Psicoterapia (www. psicoact.es). Presidenta de la Asociación para el Estudio Sistémico de la Familia y Otros Sistemas Humanos (www.aesfashu.es) y Directora del Centro de Estudios Sistémicos.

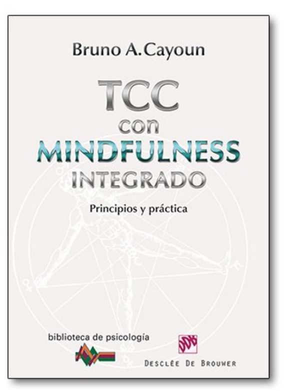
Estudios de Especialización en Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo y los Servicios Universitarios de Lausanne (Suiza). Ha sido Jefe Clínico del Servicio Médico Pedagógico de Montreux (Suiza), Jefe de Distrito de Salud Mental de Móstoles y Coordinadora de Salud Mental del Área 8 de la Comunidad de Madrid de 1987 a 1996. Jefa del Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y Coordinadora Técnica del Programa para la Reforma de Salud Mental (1994-1995). Codirectora del Centro para el Estudio Sistémico de la Familia de 1985 a 2001. Profesora del Máster en Terapia de Pareja y Familia de la Universidad Pontificia Comillas desde 1995 hasta 2013. Autora de numerosas publicaciones y artículos en el campo de la psicoterapia y de la Salud Mental. Miembro del comité de expertos internacional de la Revista Thèrapie Familiale. Miembro del Comité Editorial de la Revista Clínica e Investigación Relacional.

Otros libros











Vivir la ansiedad con conciencia

Libérese de la preocupación y recupere su vida

Susan M. Orsillo, PhD - Lizabeth Roemer, PhD

ISBN: 978-84-330-2688-0

www.edesclee.com

Este libro tiene potencial para ser de gran ayuda para todas las personas que sufren de ansiedad en esta era de frenesí despiadado, aislamiento social, estrés y distracción digital perpetua. El sabio consejo de las autoras basado en su propia investigación y experiencia clínica, además de las historias reales de sus propias vidas y de las de otras personas, aportan pruebas convincentes de por qué Mindfulness es tan importante para recuperar nuestras vidas. Jon Zabat-Zinn, PhD

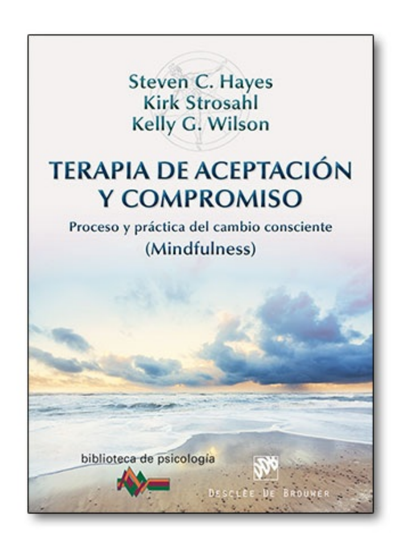
Si está buscando una forma nueva de relacionarse con la ansiedad -y de sanarse-, este libro será una guía de incalculable valor. Las autoras presentan el sendero Mindfulness de manera clara y accesible. Tara Brach, PhD

Orsillo y Roemer le muestran cómo utilizar Mindfulness para liberarse del yugo de la ansiedad y avanzar hacia el tipo de vida que quiere vivir. Steven C. Hayes, PhD, autor de Sal de tu mente, entra en tu vida

La ansiedad no es algo que simplemente se supera y de hecho, lo que

hace la mayoría de personas para sentirse mejor -evitar las situaciones temidas, alejar la preocupación de la mente- no hace más que empeorar el problema. Susan M. Orsillo y Lizabeth Roemer presentan una nueva alternativa muy potente que puede ayudarle a liberarse de la ansiedad y a cambiar radicalmente la forma en que se relaciona con ella.

Con claridad y compasión, en este libro se describen ejercicios de Mindfulness clínicamente probados y diseñados a medida para la ansiedad en sus varias formas. Aprenda estrategias paso a paso para ganar conciencia de las sensaciones de ansiedad sin dejar que escalen, libérese de la preocupación y del miedo, y logre un nuevo nivel de bienestar emocional y físico.



Terapia de Aceptación y Compromiso

Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)

Steven C. Hayes - Kirk Strosahl - Kelly G. Wilson

ISBN: 978-84-330-2695-8

www.edesclee.com

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) pertenece a lo que ha dado en llamarse terapias de tercera generación que suponen una revisión de los planteamientos cognitivo-conductuales vigentes hasta no hace muchos años. La ACT asienta sus fundamentos teóricos en el contextualismo funcional y en la teoría del marco relacional, lo que implica un cambio radical en la consideración de los elementos del comportamiento humano, que ya no son analizados en su particular individualidad sino en cuanto elementos que forman parte del contexto en el que tiene lugar la propia conducta.

En el ámbito de la práctica terapéutica, su aportación fundamental es la despatologización de la experiencia humana. Vivir no es una enfermedad, por dura que sea la realidad; lo verdaderamente patológico consiste en renunciar a las propias vivencias y experiencias vitales, la evitación vivencial. De este modo, la ACT se convierte en una invitación a la vida, a la realización personal a través de la propia trayectoria vital.

Su objetivo terapéutico es el desarrollo de la flexibilidad psicológica a la que están enfocadas las distintas técnicas y herramientas recogidas en

este manual. Los seguidores de distintos enfoques terapéuticos -Terapia Narrativa, Terapia Gestalt, Psicoterapia Analítica Funcional, PNL, Focusing, Mindfulness, Logoterapia, etc.- encontrarán en esta obra muchas técnicas y conceptos que les resultarán familiares. La ACT, sin embargo, es un enfoque diferente que puede enriquecer la práctica terapéutica de los profesionales de tendencias muy diversas.



El niño atento

Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo

Susan Kaiser Greenland

ISBN: 978-84-330-2674-3

www.edesclee.com

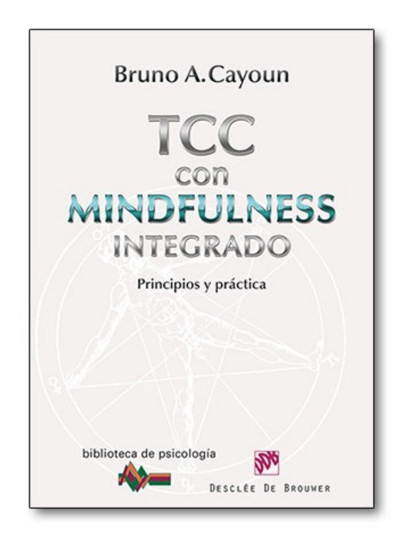
Un extracto soberbio e imaginativo sobre la atención plena para el uso de niños, padres y maestros, presentado de un modo divertido, inteligente y adaptado a la edad. Este libro deja el listón muy elevado para cualquier trabajo posterior en el creciente campo del mindfulness en la educación primaria y secundaria. -Jon Kabat-Zinn

Uno de los mejores libros sobre mindfulness para niños que jamás haya leído. Muy práctico y accesible. Resultan evidentes los años de experiencia y dedicación de Susan. -Jack Kornfield

Las técnicas de la atención consciente han ayudado a millones de adultos a reducir el estrés de sus vidas. Ahora los niños -que se encuentran sometidos a una presión mayor que nunca- pueden aprender a protegerse utilizando estos métodos adaptados a su edad. El niño atento es un libro revolucionario, el primero en mostrar a los padres el modo más adecuado de enseñar a sus hijos estas prácticas transformadoras.

La atención consciente te ayuda a prestar una mayor atención a lo que ocurre en tu interior -tus pensamientos, sentimientos y emociones- para

poder entender mejor lo que te sucede. El niño atento amplia los grandes beneficios del entrenamiento en mindfulness a niños a partir de cuatro años, con ejercicios, canciones y juegos adaptados a su edad. Estas técnicas amables y divertidas alientan la conciencia y la atención e influyen muy positivamente en el rendimiento académico y en las habilidades sociales y emocionales, al tiempo que proporcionan herramientas para gestionar adecuadamente el estrés y superar problemas como el insomnio, la sobrealimentación, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el perfeccionismo o la ansiedad. El proceso gradual de entrenamiento mental aquí presentado proporciona herramientas de las que todos los niños -y todas las familias- podrán beneficiarse.



Terapia Cognitivo-Conductual con mindfulness integrado

Bruno A. Cayoun

ISBN: 978-84-330-2679-8

www.edesclee.com

Un libro maravilloso que consigue reunir lo mejor de la ciencia cognitivo-conductual con la sabia introspección de las enseñanzas Budistas. Estamos ante una maravillosa contribución a la literatura. - J. Mark G. Williams, Profesor de Psicología Clínica y Jefe de investigación de la Universidad de Oxford.

Bruno Cayoun predica con el ejemplo y eso se hace patente en todo lo que escribe. La TCCMi es un método completo, claro, práctico y fácilmente evaluable. Es como una bocanada de aire fresco y consciente para el mundo de la terapia que promete mejorar las vidas de nuestros pacientes y las nuestras. -George W. Burns, Psicólogo Clínico, Profesor de la Universidad Edith Cowan, Australia.

La incorporación de la práctica de Mindfulness a las técnicas de TCC tradicionales brinda una técnica terapéutica de incalculable valor para muchos trastornos psicológicos y demás problemas de bienestar general. *TCC con Mindfulness integrado*. Principios y práctica es la primera serie de principios generales y de pautas prácticas para la integración de la meditación Mindfulness y técnicas de TCC bien documentadas. Bruno Cayoun, principal desarrollador de la técnica,

comparte con el lector información y conocimientos fruto de muchos años de implementación y de modificaciones aportadas a su innovadora técnica terapéutica y nos ofrece una guía cuidadosamente estructurada para la implementación de un programa efectivo de TCCMi. También nos revela cómo las características de la técnica pueden modificarse con flexibilidad para entornos individuales o de grupo en función de los trastornos y del progreso de cada paciente.

Estableciendo puentes entre filosofías y ciencias Orientales y Occidentales con sofisticación, claridad y precisión, ofrece una pauta enriquecedora para mejorar la vida de pacientes aquejados de una amplia gama de trastornos psicológicos.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Vicente Simón Pérez y Manuel Gómez Beneyto

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joceph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Alberto Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD,por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo yJ. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y

Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad,por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.
BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis yMichael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen yD. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.

53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFICTOS, por Thomas J. D´Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE,por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, porDavid L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.

75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES

EDUCATIVAS, por Mª Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÖN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica yclínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por

Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS VOL 1. Con ejercicios del profesor Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMATICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.

134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterpia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAs COGNITIVAs, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José Mª Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.

153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.
158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.
162. PSICOTERAPIA PARA ENFERMOS EN RIESGO VITAL, por Kenneth J. Doka.
163. MANUAL DE PSICODRAMA DIÁDICO. Bipersonal, individual, de la relación, por Pablo Población Knappe.
164. MANUAL BÁSICO DE EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos, por Barbara J. Hensley.
165. TRASTORNO BIPOLAR: EL ENEMIGO INVISIBLE. Manual de tratamiento psicológico, por Ana González Isasi.
166. HACIA UNA PRÁCTICA EFICAZ DE LAS PSICOTERAPIAS COGNITIVAS. Modelos y técnicasprincipales, por Isabel Caro Gabalda.
167. PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, por Itziar Fernández (Ed.).
168. LA SOLUCIÓN MINDFULNESS. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos, por Roland D. Siegel.
169. MANUAL CLÍNICO DE MINDFULNESS, por Fabrizio Didonna (Ed.).
170. MANUAL DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES, por Mª Ángeles Ruiz Fernández, Marta Isabel Díaz García, Arabella Villalobos Crespo.

172. EL APEGO EN PSICOTERAPIA, por David J. Wallin.
173. MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, por Mª Teresa Miró Barrachina - Vicente Simón Pérez (Eds.).
174. LA COMPARTICIÓN SOCIAL DE LAS EMOCIONES, por Bernard Rimé.
175. PSICOLOGÍA. Individuo y medio social, por Mª Luisa Sanz de Acedo.
176. TERAPIA NARRATIVA BASADA EN ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN, por Beatriz Rodríguez Vega – Alberto Fernández Liria
177. MANUAL DE PSICOÉTICA. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, por Omar França
178. GUÍA DE PROTOCOLOS ESTÁNDAR DE EMDR. Para terapeutas, supervisores y consultores, por Andrew M. Leeds, Ph.d
179. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN LAS CONDUCTAS SUICIDAS, por Alejandro Rocamora Bonilla.
180. EL SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA, por Lenore E. A. Walker y asociados a la investigación.
182. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN. Una guía clínica, por Christopher R. Martell, Sona Dimidjian y Ruth Herman-Dunn
183. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS BASADA EN MINDFULNESS. Guía clínica, por Sarah Bowen, Neha Chawla y G. Alan Marlatt
185. TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS PARA EL CÁNCER, por Trish Bartley
186. EL NIÑO ATENTO. Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo, por Susan Kaiser Greenland
187. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON MINDFULNESS INTEGRADO. Principios y práctica, por Bruno A. Cayoun
188. VIVIR LA ANSIEDAD CON CONCIENCIA. Libérese de la preocupación y recupere su vida, por Susan M. Orsillo, PhD, Lizabeth Roemer, PhD.
189. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness), por Steven C. Hayes; Kirk Strosahl Y Kelly G. Wilson
190. VIVIR CON DISOCIACIÓN TRAUMÁTICA. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas, por Suzette Boon, Kathy Steele y Onno Van Der Hart
192. DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD. Guía de intervenciones psicológicas, por José Miguel Martínez González y Antonio Verdejo García
193. ARTE Y CIENCIA DEL MINDFULNESS. Integrar el mindfulness en la

psicología y en las profesiones de ayuda. Prólogo de Jon Kabat-Zinn, por Shauna L. Shapiro y Linda E. Carlson
195. MANUAL DE TERAPIA SISTÉMICA. Principios y herramientas de intervención, por A. Moreno (Ed.)
197. TERAPIA DE GRUPO CENTRADA EN ESQUEMAS. Manual de tratamiento simple y detallado con cuaderno de trabajo para el paciente, por Joan M. Farrell y Ida A. Shaw
198. TERAPIA CENTRADA EN LA COMPASIÓN. Características distintivas, por Paul Gilbert
199. MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA. Edición ampliamente revisada del texto clásico profesional, por Christopher K. Germer, Ronald D. Siegel Y Paul R. Fulton
200. MANUAL DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. Técnicas sencillas y eficaces para superar los síntomas del trastorno de estrés postraumático, por Mary Beth Williams, PhD, LCSW y CTS, Soili Poijula, PhD
201. CUIDADOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA BASE DE LOS PUNTOS FUERTES. Un modelo de atención para favorecer la salud y la curación de la persona y la familia, por Laurie N. Gottlieb
203. EL SER RELACIONAL. Más allá del Yo y de la Comunidad, por Kenneth J. Gergen
204. LA PAREJA ALTAMENTE CONFLICTIVA. Guía de terapia dialéctico-conductual para encontrar paz, intimidad y reconocimiento, por Alan E. Fruzzetti

Serie PSICOTERAPIAS COGNITIVAS
Dirigida por Isabel Caro Gabalda

171. TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Ciencia y práctica, por David A. Clark y Aaron T. Beck.
181. PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA Rasgos distintivos, por Robert A. Neimeyer.
184. TERAPIA DE ESQUEMAS Guía práctica, por Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar.
191. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y FOBIAS. Una perspectiva cognitiva, por Aaron T. Beck y Gary Emery, con la colaboración de Ruth Greenberg
194. EL USO DEL LENGUAJE EN PSICOTERAPIA COGNITIVA Conceptos y técnicas principales de la terapia lingüística de evaluación, por Isabel Caro Gabalda
196. TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. Manual de tratamiento, por